



**Universidade de
Aveiro**

Ano 2016

Departamento de Ciências Médicas

**Lourdes Claudênia
Aguiar Vasconcelos**

**Violência contra a Pessoa Idosa: Análise dos
Registos do Sistema de Informação de Agravos de
Notificação nos Municípios de Sobral**



**Universidade de
Aveiro**

Ano 2016

Departamento de Ciências Médicas

**Lourdes Claudênia
Aguiar Vasconcelos**

**Violência contra a Pessoa idosa: Análise dos
Registos do Sistema de Informação de Agravos de
Notificação nos Municípios de Sobral**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, na vertente Gestão de Equipamentos, realizada sob a orientação científica do Mestre Joaquim José Joaquim Marques Alvarelhão, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, e do Doutor Nelson Pacheco da Rocha, Professor Catedrático do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro.

o júri

Presidente

Doutora Maria Piedade Moreira Brandão

professora adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Doutora Ana Alexandra da Costa Dias

professora auxiliar do Departamento de Economia, Gestão, Eng.^a Industrial e Turismo da Universidade de Aveiro

Mestre José Joaquim Marques Alvarelhão

professor adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a **Deus**, porque sei que em todos os dias da minha caminhada está ao meu lado, me ajudando a seguir em frente, iluminando meus caminhos e, incansavelmente, trabalhando por mim. Só Ele tornou tudo isso possível... Aos meus pais, **Miguel C. Vasconcelos** (*in memória*) e **Maria Izabel A. Vasconcelos**, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la da melhor forma possível, que me deram liberdade e fundamentos para poder desfrutá-la. Sem o apoio e incentivo de vocês nada disso seria possível, essa conquista é nossa! Aos irmãos **Cláudia Maria**, **Ana Emília** e **Miguel Júnior**, anjos na minha vida. Amo vocês! Ao meu querido tio-padrinho **Francisco Lopes Aguiar** (*in memória*) e a mãezinha **Maria de Jesus Aguiar** (*in memória*) que, embora tenham nos deixado, sempre foram muito presente em minha vida; Ao meu marido, **Robério Júnior** e ao nosso filho **Roger** por todos os momentos que vivemos até agora e por tudo que ainda iremos viver. Amo vocês! Ao **Dr. Oscar Rodrigues Júnior** diretor geral das Faculdades INTA e demais profissionais desta Instituição que muito tem contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional; A **Dra. Antônio Eliana de Araújo Aragão**, querida **Lili**, amiga de todas as horas, minha inspiração, obrigada pelo exemplo de vida e por sempre me incentivar e orientar para os avanços e conquistas. Sempre presente em minha vida; Agradecimento especial ao meu orientador **Prof. Joaquim Alvarelhão** que com sua competência, contribuiu nessa conquista; Aos meus mestres pela dedicação e cuidado com que me ensinaram em especial o **Prof. Dr. Nelson P. Rocha** e à **Profª Dra. Janaisa Gomes Dias de Oliveira**; Minha gratidão e admiração por **Dra. Adriana Santiago**; À **Dra. Lucila Magalhães**, Coordenadora da 11ª CreS, à **Profª Fátima Francelino** e os demais funcionários que não mediram esforços para me ajudar na coleta dos dados mesmo no meio de tanto trabalho, meu muito obrigado! Sem vocês essa pesquisa seria inviável; À amiga **Me. Michelle Alves** com quem divido meu espaço de trabalho e que compartilha diariamente seu saber e sua dinâmica de vida. Você foi vital nesta conquista; Minha gratidão à amiga **Glaucirene Siebra** e à **Joselice Siebra** que com todo zelo se dispuseram a contribuir sempre que as procurei; À **Dra. Keila Ponte**, amiga você me guiou no momento de maior indecisão e incerteza, mostrou-me o caminho certo, sugerindo-me a linha de pesquisa a seguir. Muito obrigada **Keilinha**. Às amigas, Professoras **Ingrid Soraya**, **Michelle Alves**, **Sílvia Azevedo** e **Gracinha Moraes**, obrigada pelo otimismo, sabedoria e acolhida, minhas companheiras de viagem. Que a luz divina nos guie nessa e em muitos outros momentos que virão. Vocês sabem muito bem, só chegarei a Aveiro se for conduzida por vocês. Enfim, agradeço a todos os familiares, amigos e profissionais que de alguma forma se fizeram presentes e contribuíram para a conclusão desta etapa de minha vida. A todos o meu muito obrigado!

Palavras chave

Idoso; Violência; Perfil Epidemiológico.

Resumo

A violência contra os idosos tem-se destacado com uma prevalência significativa, especialmente em termos domésticos. Os objetivos deste estudo foram: analisar a violência contra o idoso nos municípios da microrregião de saúde Sobral - Ceará, com base nas notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) no período de janeiro/2009 a dezembro/2014; caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográfico dos idosos vítimas de violência; identificar a tipologia de violência informações do agressor das pessoas idosas com base nos registros no SINAN; analisar a evolução do número de casos durante os anos em estudo; e determinar os bairros com maior número de casos de violência contra o idoso. Uma das principais conclusões do estudo é a necessidade de facilitar a notificação, bem como promover o acolhimento e acompanhamento dos casos notificados. Para tal é fundamental que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família fortaleçam a atenção aos idosos e melhorem o seu trabalho colaborativo em rede.

keywords

Elderly, Violence; Epidemiological Profile.

abstract

Violence against the elderly has been highlighted with a significant prevalence, especially domestically. The objectives of this study were: to analyze violence against the elderly in the municipalities of the health micro region of Sobral - Ceará, based on the notifications of Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) from January / 2009 to December / 2014; to characterize the socio-demographic aspects of the elderly victims of violence; to identify the type of violence and information related to the perpetrator of violence against elderly, based in the records of the SINAN system; to analyse the evolution of the number of cases during the considered period; and to determine the neighborhoods with the highest number of cases of violence against elderly people. One of the main conclusions of the study is the need to facilitate the notification, as well as to promote the care and supervision of the reported cases. For that, it is essential that professionals of the Estratégia de Saúde da Família should strengthen their attention to the elderly people and improve their collaborative networking.

Índice

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS	3
1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	5
CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO	7
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPETOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS	7
2.2 A POLÍTICA E A LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO AO IDOSO NO BRASIL.....	11
2.3 VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO BRASIL E NO MUNDO	14
CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS.....	21
3.1 DESENHO DO ESTUDO	21
3.2 PARTICIPANTES.....	21
3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	22
3.4 PROCEDIMENTOS.....	23
3.5 PLANO DE ANÁLISE	24
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	25
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS	27
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO IDOSO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA REGISTRADO NO SINAN	27
4.2 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA.....	30
4.3 CARACTERÍSTICAS DO AGRESSOR.....	32
4.4 ANÁLISE COMPARATIVA	34
CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO.....	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM TERMOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	37
5.2 ASPETOS RELATIVOS À VIOLÊNCIA SOFRIDA PELOS IDOSOS E INFORMAÇÕES DOS AGRESSORES	38
5.3 EVOLUÇÃO ANUAL DOS REGISTOS DO SINAN SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO	41
5.4 BAIRROS COM MAIOR NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS.....	42
CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	48
ANEXOS	59
TERMO DE ANUÊNCIA DE PESQUISA	61
TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	62
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	63
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - FORMULÁRIO	65

Índice de Figuras

Figura 1 – Mapa do município de Sobral - Ceará.	22
Figura 2 – Mapa do município polo (Sobral - Ceará) e os 24 municípios de apoio ao sistema de referência microrregional na média e alta complexidade, Sobral - Ceará, 2016.	23
Figura 3 – Número de casos de violência contra idosos notificados segundo sexo da vítima, Sobral - Ceará, 2009-2014.	28
Figura 4 – Número de casos de violência contra idosos notificados por faixa etária, Sobral - Ceará, 2009-2014.	28
Figura 5 – Número de casos de violência contra idosos notificados segundo situação conjugal, Sobral - Ceará, 2009-2014.	29
Figura 6 – Número de casos de violência contra idosos notificados segundo escolaridade, Sobral - Ceará, 2009-2014.	29
Figura 7 – Número de casos de violência contra Idosos notificados por ano, Sobral - Ceará, 2009-2014.	32
Figura 8 – Número de casos de violência contra idosos notificados segundo situação de alcoolizado por parte do agressor, Sobral - Ceará, 2009-2014.	33
Figura 9 – Bairros de maior prevalência de casos de violência contra idosos notificados na 11ª CReS – Sobral - Ceará, 2009-2014.	36

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos casos notificados por tipo de violência, Sobral - Ceará, 2009 - 2014.	30
Tabela 2 – Distribuição por tipos de violência notificados, Sobral - Ceará, 2009- 2014.	30
Tabela 3 – Distribuição por quantidade de meios de agressão, Sobral - Ceará, 2009- 2014.	31
Tabela 4 – Distribuição dos casos notificados segundo meio de agressão, Sobral - Ceará, 2009-2014.	31
Tabela 5 – Distribuição dos casos de violência notificados segundo características do agressor por sexo, Sobral - Ceará, 2009-2014.	33
Tabela 6 – Distribuição dos casos de violência notificados segundo características demográficas por sexo, Sobral - Ceará, 2009-2014.	34
Tabela 7 – Distribuição dos casos de violência notificados segundo tipo de violência e meio de agressão por sexo, Sobral - Ceará, 2009-2014.	35

Abreviaturas e siglas

ACEPI – Associação Cearense Pró-Idoso

CReS – Coordenação Regional de Saúde

DAGV – Departamento de Atendimento a Grupos Vulneráveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI – Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PSF – Programa Saúde da Família

SEDI – Serviço Especial de Defesa do Idoso

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SOMA – Secretaria da Ouvidoria Geral e do Meio Ambiente

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

SVE – Serviço de Vigilância Epidemiológica

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

O Brasil tem enfrentado o crescimento da expectativa de vida o que tornou o envelhecimento da população num dos principais desafios da modernidade. Muitos são os fatores que tornam o cenário mais agravante, em adição às desigualdades sociais, tem-se a falta de informações, o preconceito e o desrespeito à pessoa idosa. A velhice carrega os estigmas da incapacidade funcional e social do indivíduo, reduzindo o idoso, muitas vezes, a um fardo para os seus responsáveis, concorrendo, assim, para a exclusão familiar e social ^[1].

O processo de transição demográfica e epidemiológica que o Brasil tem enfrentado nas últimas décadas é crescente e traz uma série de questões cruciais para governantes, profissionais dos sistemas de saúde e pesquisadores, com repercussões para toda a sociedade, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições ^[2].

Desta forma as produções científicas sobre a velhice e o envelhecer se tem destacado desde o ano de 1950, em decorrência da transição demográfica da América do Norte e de vários países europeus ^[3]. No Brasil, a velhice vem recebendo maior atenção dos pesquisadores a partir da década de 1980, embora as pesquisas sobre o tema ainda seja bastante incipientes ^[4].

A violência afeta toda a sociedade, sendo a terceira causa de morte na população geral e é dividida em três tipos, a violência dirigida a si mesmo, a interpessoal e a coletiva. Os atos violentos podem ser classificados em física, sexual, psicológica ou por negligência ^[5].

No Brasil, acidentes e violências são a sexta causa de morte de idosos (pessoas com mais do que 60 anos de idade). Embora, a maioria das internações por causas externas são devidas a lesões e traumas provocados por quedas e atropelamentos, os casos de violência contra o idoso têm crescido de uma forma acelerada. A violência contra idoso é muito abrangente e disseminada no Brasil, evidenciando-se em abusos físicos, psicológicos, sexuais e financeiros e em negligências que não chegam aos serviços de saúde: ficam

‘naturalizadas’, sobretudo, no cotidiano das relações familiares e nas formas de negligência social e das políticas públicas [6].

No entanto, o Estatuto do Idoso aborda variados aspetos, garantindo os direitos dos idosos amparados por lei [7]. Considerando a sua importância como problema de saúde pública, a violência contra a pessoa idosa tornou-se objeto de Vigilância Epidemiológica no Brasil a partir de 2006, por meio da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), atendendo ao que determina a Lei nº. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), artigo 19: "os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde" [8].

Esta redação foi alterada pela Lei nº. 12.461/2011: "os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles" [9].

Através da Portaria MS/GM nº. 104/2011, a violência foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional, ou seja, passou a ser um agravo de notificação universal em todos os serviços de saúde do Brasil [9].

Ações de prevenção da violência contra os idosos estão inseridas como uma das prioridades dessa política, de forma a promover a saúde e estimular o hábito de paz principalmente no ambiente intrafamiliar. A notificação é um poderoso instrumento de política pública, pois ajuda a dimensionar a questão da violência intrafamiliar, além de determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, permitindo o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência em família [10].

A violência contra os idosos se tem destacado, por meio de vultoso quantitativo, especialmente relacionado aos problemas domésticos. Torna-se importante que os idosos em nosso meio sejam valorizados e assistidos de forma humanizada para que possam ultrapassar as barreiras presentes nessa fase e se sintam capazes de estar ativos diante das atividades rotineiras.

A questão da violência envolve não só o idoso vitimizado, mas sua família, os profissionais que cuidam dele e, numa perspectiva um pouco mais distante, o sistema de saúde, que tratará desse idoso e das consequências dessa situação [9].

No entanto, ainda é frequente em nosso meio os diversos tipos de violência contra o idoso, que muitas vezes fica negligenciado ou não é percebido pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) [11].

Portanto, ainda existe pouca preparação das equipes da atenção primária em lidarem com as situações de violência contra os idosos. Assim, destaca-se a importância da comunidade participar na prevenção bem como a necessidade de treinamento das equipes da Estratégia de Saúde da Família por terem acesso e contato com os idosos em domicílio [9]. Entende-se que a notificação dos casos de violência doméstica é de obrigação do profissional de saúde, mas no Brasil é escasso o número de regulamentos que respaldam tais procedimentos. Sabendo que é através da notificação que a violência ganha visibilidade e que a notificação possibilita o atendimento adequado, o profissional deve ter a percepção de que é importante o registro no sistema de informações do Sistema Único de Saúde (SUS) [12].

A violência contra os idosos tem várias facetas. Abandono, roubo, espancamento, humilhação, cárcere privado, violência física e psicológica são alguns exemplos das agressões cometidas. Medo, constrangimento e constantes ameaças são as principais causas que impedem a população idosa de denunciar esses delitos. As agressões ocorrem dentro de casa, de quem, teoricamente, mais se espera amor e proteção.

É importante que os profissionais que trabalhem diretamente com os idosos conheçam e identifiquem precocemente todos os tipos de violência que possam estar ocorrendo no meio em que estes se encontram inseridos. Tal reforça a necessidade de um instrumento sistematizado que dê suporte aos profissionais da atenção básica para a compreensão da funcionalidade familiar inserindo no planejamento da assistência [13].

Na abordagem da violência contra o idoso deve-se ter muita destreza, pois é função das equipes de saúde identificar a presença dos diversos tipos de violência para que ocorra notificação e sejam realizadas as intervenções da melhor maneira, inclusive com encaminhamentos quando necessário.

1.1 Objetivos

No ano de 1997, o município de Sobral iniciou um ciclo de administrações municipais que passou a priorizar o Direito do Cidadão, principalmente da pessoa idosa. A história dos grupos de convivência de idosos apoiados pelo poder público surgiu em 1988, a partir da diretriz da então Secretaria de Saúde e Assistência Social, através da Fundação de Ação Social, como negação à política asilar destinada à população idosa, primando desde o

início pela permanência do idoso na família e na sociedade, nomeadamente ao envolvê-lo nas atividades sociais do meio em que vive ^[14].

Surgiu então, o Programa Envelhecimento Saudável, uma proposta de ação conjunta e cooperação técnica desenvolvida pela Prefeitura Municipal de Sobral, através dos técnicos da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde – Fundação de Ação Social, Diocese e Associação Cearense Pró-Idoso (ACEPI) ^[15].

Ainda convém lembrar que os profissionais de saúde são fundamentais para que ocorra a interrupção desses problemas, e para isso devem-se tornar cada vez mais preparadas e alertas para a leitura dos sinais de violência deixados pelas lesões e traumas nos idosos, nesse sentido foi desenvolvido e validado um instrumento em Porto Rico para identificação de sinais de violência contra as pessoas idosas ^[13]. Na verdade é requerido que o profissional tenha conhecimentos cientificamente corretos e atuais, capacidade para tomar decisões importantes e práticas significativas para que sejam prevenidos e identificados os diversos tipos de violência contra os idosos, dado que o “conhecimento é a compreensão sobre determinado assunto, a atitude é o sentimento e as ideias preconcebidas e a prática” é a demonstração de seus conhecimentos e atitudes através de suas ações ^[12].

Neste sentido, frente a esta nova realidade demográfica e epidemiológica, na qual se destaca a violência contra a pessoa idosa urge analisar e divulgar o perfil dos registros realizados nos serviços de saúde, cadastrados no Sistema de Notificação de Agravos de Informação (SINAN).

Portanto, a presente pesquisa aponta para a relevância e necessidade de estudos científicos que permitam conhecer melhor o fenômeno, incluindo sua relação com os fatores predisponentes, o que pode direcionar e melhorar as ações de prevenção e os serviços de atendimento, trazendo contribuições na prática de todos que prestam assistência para a saúde da família.

O objetivo geral da presente dissertação é analisar a violência contra o idoso nos municípios da microrregião de Sobral – Ceará, notificada no SINAN no período de janeiro/2009 a dezembro/2014.

Como objetivos específicos consideraram-se os seguintes:

- Caracterizar a amostra quanto aos aspetos sociodemográficos dos idosos vítimas de violência.

- Identificar a tipologia da violência e informações do agressor das pessoas idosas com base nos registos do SINAN.
- Analisar a evolução anual dos registos do SINAN sobre a violência contra o idoso.
- Identificar os bairros com maior número de casos de violência contra o idoso no período de 2009 a 2014.

1.2 Estrutura da Dissertação

Esta dissertação é composta por seis capítulos e está estruturada da seguinte forma:

- Capítulo 1 - Introdução, onde são identificados os objetivos da dissertação, a sua pertinência científica e a sua estrutura.
- Capítulo 2 – Enquadramento, onde é realizada uma descrição teórica dos conceitos sobre o tema.
- Capítulo 3 – Material e Métodos, onde são descritos todos os procedimentos realizados pelo investigador incluindo a descrição detalhada dos objetivos, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos de recolha de dados.
- Capítulo 4 – Resultados para a apresentação dos resultados do estudo.
- Capítulo 5 – Discussão, onde se analisa os resultados.
- Capítulo 6 – Considerações Finais, onde são descritas as principais conclusões do estudo e a sua contribuição para a compreensão do tema em questão.

CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO

2.1 Envelhecimento Populacional: Aspectos Demográficos e Sociais

No Brasil e no mundo, as mudanças no perfil da faixa etária, sofridas na estrutura populacional, em decorrência do declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade infantil, aliado ao desenvolvimento socioeconômico, tecnológico e terapêutico no tratamento de doenças crônicas têm provocado o envelhecimento populacional e o aumento do número de idosos num curto espaço de tempo ^[16].

Atualmente, um dos temas de pesquisa no Brasil é o processo de transição demográfica que o país atravessa, definido por pesquisadores em estudos passados, como um possível “boom” de idosos na população brasileira para as próximas décadas ^[17].

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no censo de 2010, demonstram que o número de idosos vem crescendo e sugerem que a população no Brasil sinaliza uma predominância adulta ativa ^[18].

Vale ressaltar que há importantes diferenças entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento em relação ao processo de envelhecimento. Foi necessário mais do que um século para que em França a população idosa aumentasse de 7% para 14% do total. Entretanto, essa mesma variação demográfica ocorrerá em duas décadas, entre 2011 e 2031, no Brasil. A população idosa irá mais do que triplicar em quatro décadas, de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050 ^[15].

De acordo com as estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), o número de pessoas idosas em 2011 seria aproximadamente de 800 milhões, o que correspondia a 11% da população mundial. As projeções apontam que em 2050 esta faixa etária representará mais de dois mil milhões de pessoas, o que representará 22% da população ^[19].

Constata-se, assim, que o aumento da população idosa é um fenômeno universal. Não diferentemente na sociedade brasileira, o acelerado processo de envelhecimento já é um

fato. Entretanto não é claro que todos despertaram para as implicações de viver num país que será o sexto mais envelhecido do mundo.

Observa-se que os números revelados pela ONU chamam a atenção dos governos para a necessidade de um planejamento de gestão do envelhecimento populacional que é atribuído à maximização da expectativa de vida, aos avanços da medicina e à minimização da taxa de natalidade.

Portanto, no Brasil o envelhecimento é considerado um problema grave ^[20], pois essa população está crescendo rapidamente e os idosos são considerados ônus para a sociedade. Assim, o que deveria ser comemorado, já que se vive mais hoje em dia, passa a ser motivo de entristecimento e questionamento.

Considera-se, assim, que os elevados números revelados nas pesquisas realizadas tornam evidente a inversão da pirâmide etária que é, atualmente, um problema de ordem pública, especialmente por ocasionar demandas de investimento econômico que são direcionados para a atenção da população idosa que é considerada como economicamente inativa.

Os dados do IBGE ^[21] relativos aos indicadores sociais revelam que o Brasil tem um considerável incremento da população idosa de 70 anos ou mais de idade. A redução da população de crianças e jovens e o conseqüente aumento da população adulta e idosa estão associados à queda continuada dos níveis de fecundidade e ao aumento da esperança de vida. No período de 1999 a 2009, o peso relativo dos idosos (60 anos ou mais de idade) no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3%.

Por todos esses aspetos o Brasil é o representante de um conjunto de países dentro do continente em que o processo de envelhecimento ocorre mais rapidamente, mas o ápice será nas próximas décadas ^[22,23].

A velhice no Ceará só passou a ser vista como um problema social a partir da década de 1970, quando as famílias passaram a não ter condições para cuidar dos seus idosos. Em 1976, o cuidado com o idoso cearense deixou de ser visto como caridade e se institucionalizou como assistência através do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que, logo depois, em 1980, transferiram as suas competências para a Legião Brasileira de Assistência para a prestação ao atendimento através dos asilos e dos grupos de convivência ^[24].

No que concerne ao estado do Ceará, a população com mais de 60 anos é de 882 mil, 10,55% da população total ^[21]. A expectativa de vida no Ceará, em 2000 era de 67,8 anos; e, em 2007, subiu para 69,6 anos.

Em virtude do que foi mencionado acima, a Associação Cearense Pró-Idoso (ACEPI) foi a primeira organização social, no Brasil, que tinha como função principal garantir, efetivar e ampliar os direitos dos idosos, principalmente, no Ceará ^[25].

Os dados do IBGE ^[24] revelam, em 2009, que 63% dos municípios da Região Nordeste já dispunham de políticas e programas direcionados aos idosos, e que 88% dos referidos municípios são do Ceará, o que coloca o estado do Ceará entre os quatros estados brasileiros que proporcionam um maior número de políticas e programas direcionados para esta população.

Pode-se mencionar que estas ações expandiram-se em boa parte das Secretarias do Estado, uma vez que, nos dias de hoje, a Educação tem programas direcionados para que o idoso retorne à sala de aula, como também realiza o Programa Saúde da Família, os grupos de convivência, além das ações dirigidas pela a Secretaria da Assistência Social.

Diversas ações direcionadas à população idosa, no Ceará, vieram da Igreja Católica que providenciava, através de suas paróquias, ajuda alimentar para os idosos e para os abandonados, sendo a primeira forma de atendimento no estado, aos idosos, o instituto de longa permanência fundado em Fortaleza, chamado de Asilo da Mendicidade. Estava vocacionado para os pobres, incluindo os idosos que advinham do interior e que viviam nas ruas da capital do estado ^[24].

O sistema de saúde no Brasil precisa de ser reformulado para as variadas características demográficas e epidemiológicas decorrentes do aumento da população idosa. A magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa dependerá se os anos a mais serão saudáveis ou de enfermidades e dependência. Os desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população serão a prevenção de doenças e fragilidades, a manutenção da saúde, a independência e a autonomia. Assim, as políticas sociais e de saúde destinadas a essa faixa etária devem levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional ^[26].

Os processos educativos deveriam valorizar o capital cultural e as atividades do idoso, porém isso não ocorre, tendo em vista que para esta categoria percebe-se a pouca valorização, tanto financeira quanto social ^[27].

No que se refere ao idoso, os registos nos mostram fragilidades nas políticas públicas e financeiras do Brasil, uma vez que, ao chegar à velhice, o cidadão ainda tem que trabalhar a fim de complementar as suas finanças, pois os direitos que lhes são dados através de normas, leis e portarias não conferem com a realidade cotidiana desta população.

Sendo evidenciado que ao falar sobre velhice é comum a utilização de termos como “idoso”, “velho”, “velhote” e “terceira idade”, os quais são vistos como naturalmente aplicáveis à última fase da vida, mas nem sempre são interpretados da mesma maneira. Na verdade, tais termos são diferentes, pois todos eles são construções sociais e que assumiram diversas conotações ao longo do desenvolvimento humano [24].

Compreende-se que o termo “terceira idade” foi proposto pelo gerontologista francês Huet, para esse estágio de vida e logo ganhou aceitação geral e adeptos, na medida em que se refere às pessoas idosas sem menosprezá-las [26].

Deste modo, o vocábulo foi criado para designar mais respeitosa a representação dos jovens aposentados, como sinónimo de envelhecimento ativo e independente, convertendo-se numa nova etapa da vida entre a aposentadoria e a velhice. Assim, a ociosidade simboliza a prática de novas atividades sob o signo do dinamismo, constituindo-se como palavras-chave a integração e a autogestão, dentro do contexto francês [28,29].

Logo, cada cultura elabora seus conceitos e faixas de idades específicas. Assim, a idade não é um dado da natureza, nem um fator explicativo dos comportamentos humanos, rompendo assim com pressupostos que afirmam que o curso da vida só segue uma mesma direção, onde apesar das particularidades sociais e culturais, seriam estágios onde todos os indivíduos teriam que passar, dando um carácter universal [30].

Assim, determinar a idade em que uma pessoa pode ser considerada idosa é uma tarefa difícil, pois num determinado momento histórico, numa sociedade e em diferentes situações sociais, uma pessoa pode ser considerada idosa aos 70, aos 60, ou até mesmo aos 40 anos, não é a aparência que o indivíduo revela que vai mensurar a sua idade [31].

Ainda acerca do espectro cronológico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) [32] dividiu em quatro estágios a velhice, a saber: a) meia-idade – de 45 a 59 anos; b) idosos – de 60 a 74 anos; c) ancião: de 75 a 90 anos; d) velhice extrema – de 90 anos em diante.

Devido à diminuição natural da eficácia orgânica nos idosos, estes são os que mais sofrem com as alterações fisiológicas, ocorrendo à degeneração gradual e progressiva

dos órgãos, tecidos e metabolismo, o que leva ao enfraquecimento de muitas funções do organismo, entre elas a diminuição da atividade cerebral que leva à diminuição de reflexos, sensibilidade e capacidade intelectual. O bem-estar destas pessoas e a manutenção da saúde são fatores de interesse tanto dos familiares quanto de profissionais de saúde [33].

Ademais, para o ser humano, o envelhecimento, enquanto processo, vem repleto de símbolos e valores incorporados, como maior grau de dependência, maior probabilidade de adoecimento, abandono, solidão e perda da capacidade física. Por vezes, é na dor do corpo que a velhice é percebida, o nos leva a pensar que o envelhecimento é silencioso, identificando-o pelas perdas funcionais e/ou vicissitudes do corpo, que passam a fazer parte da vida à medida que se envelhece [34].

As mudanças nos hábitos neste estágio da vida exigem persistência, além de abordagens e orientações extremamente humanizadas. É essencial ter o conhecimento do contexto sociocultural em que o indivíduo esteja presente para então adequar às orientações propostas. Para um adulto, as mudanças vivenciadas são encaradas com maior facilidade, já os idosos não costumam admitir argumentações que acarretem alterações em seus hábitos diários, principalmente relacionados com os seus costumes e tradições [35].

O processo de envelhecimento populacional vem ocasionando uma gradual reorganização da estrutura familiar. Diante disto, torna-se necessária a criação de um ambiente onde a velhice não seja percebida de maneira negativa e as necessidades do idoso possam acompanhar o ritmo e estilo de vida dos demais integrantes da família [36].

2.2 A Política e a Legislação de Proteção ao Idoso no Brasil

O idoso é um sujeito de direitos, está impedida qualquer forma de discriminação por idade, e compete à família, à sociedade e aos governantes “[...] o dever de amparar o idoso, assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar, e garantir seu direito à vida” [37].

Ao longo das últimas décadas o idoso tem-se manifestado politicamente na pressão por direitos à aposentadoria, como aconteceu na crise de 1930, quando milhares saíram às ruas. No Brasil, devem-se destacar alguns movimentos, em especial pelo direito à Previdência Social, na luta pelos 147% de reajuste dos benefícios durante o governo de Fernando Collor [38].

Levando-se em consideração os movimentos pelo direito à Previdência Social, deve-se registrar que um dos maiores incentivadores pelas políticas públicas do idoso foi Luiz

Gonzaga do Nascimento e Silva quando em 1976 era ministro da providência do Brasil. As suas atitudes motivaram técnicos e velhos que fundaram associações, sendo a mais antiga e mais atuante a ACEPI, fundada em 1977 [39].

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) tem como foco promover o envelhecimento saudável [40]. No bojo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a PNSI se fundamenta na atenção integral à pessoa idosa e àquela em processo de envelhecimento. São sete as diretrizes dessa política que devem nortear todas as ações da área da Saúde, envolvendo a cooperação contínua entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas [34, 41].

Pode-se mencionar que as atuações direcionadas à saúde do idoso, segundo a referida Política, devem ter como foco a manutenção do idoso na comunidade, na família, de maneira mais confortável e digna possível. O deslocamento para um serviço de saúde ou o encaminhamento a casa de repouso, asilo ou similar só podem acontecer quando as opções anteriores não forem bem-sucedidas [42].

Muito se discute sobre os cuidados domiciliares enquanto proposta da PNSI. Estes não devem ter como objetivo o decréscimo dos custos ou transferência de responsabilidades, uma vez que a assistência em domicílio para o idoso com comprometimento funcional necessita de informação, orientação, apoio de profissionais especializados em saúde do idoso, mas também do suporte informal e familiar, constituindo-se num dos fatores principais na atenção à saúde dessa faixa populacional. Isso não diz, porém, que os serviços públicos não tenham responsabilidades na proteção, promoção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, aperfeiçoando o suporte familiar [43].

Mas a conjuntura mundial e brasileira tem apontado para uma nova realidade, tanto do ponto de vista dos direitos, quanto do aumento populacional. Estima-se que para o ano de 2025 o Brasil terá 32 milhões de idosos [44]. Esses fatos têm contribuído para que a luta ocorrida em prol do idoso, possibilite o cumprimento das leis e os direitos adquiridos pelos idosos, após os anos de luta. Criado pela Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso estabelece prioridade absoluta às normas protetoras ao idoso. Estabelece

também vários mecanismos específicos de proteção, os quais tratam desde preferência no atendimento ao idoso, até o permanente aprimoramento de suas condições de vida [39].

No exercício da Presidência do Senado Federal, Paulo Paim recebeu no dia 22 de agosto, o texto do Estatuto do Idoso, aprovado pela Câmara dos Deputados. Paim o definiu como um marco para a sociedade brasileira, classificando o momento em que o recebia como histórico [45].

Segundo o art. 1º do Estatuto do Idoso [45] fica determinado que o idoso é aquela pessoa maior de 60 anos de idade. Assim diz o art. 1º: “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”.

O Estatuto do Idoso é, sem dúvida, um avanço. Antes, o idoso era visto como alguém que já tinha vivido tudo, e que a vez, agora, era dos mais jovens.

O Estatuto apresenta vários aspectos importantes como, por exemplo, a saúde, ressaltando que o idoso dispõe de atendimento preferencial no SUS. Encontra-se no seu art.15º a confirmação dessas prioridades, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que, normalmente, afetam os idosos [45].

Também é de direito para os idosos a distribuição de medicamentos, principalmente os de uso continuado. O art. 3º do Estatuto esclarece o quanto a família e os serviços públicos têm responsabilidades para com o idoso afirmando sobre a obrigação destes, da comunidade, da sociedade e do Poder Público em assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito a vida, saúde, alimentação, educação, cultura, desporto, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, e convivência familiar e comunitária [45].

Entre outros direitos, o Estatuto veio consolidar as obrigações da sociedade para com o idoso, baseado na Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 230, dispõe sobre o dever dos serviços públicos e da sociedade em proteger o idoso:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 1º - Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. § 2º - Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos [37].

Portanto, todo esse instrumental de direito abordado contribui para o surgimento de uma nova tendência na vida do idoso, a melhoria da qualidade de vida, pelo fato de que o idoso passa a ser reconhecido como portador de direitos como cidadão.

2.3 Violência Contra o Idoso no Brasil e no Mundo

Estimar os números em relação à violência contra os idosos no mundo é muito difícil, pois as fontes de dados não são confiáveis e muitas vezes contam com a escassez de informações advindas da família. Há ainda os profissionais de saúde que não têm o olhar clínico para detecção de violência aos idosos, e os seus relatos, nos prontuários hospitalares, são em grande maioria imprecisos [46].

A OMS define a violência como: “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” [47].

No Brasil e no mundo, o impacto da morbimortalidade por causas externas com as violências e acidentes constitui uma das maiores preocupações para os governantes, em particular os do setor saúde. Dentro dessa ótica a violência contra a pessoa idosa está situada no contexto estruturante de negação da vida, de destruição do poder legitimado pelo direito, seja pela transgressão da norma e tolerância, seja pela transgressão intergeracional, pela negação da diferença, pela negação das mediações de conflito e pelo distanciamento das realizações efetivas dos potenciais dos idosos ou ainda pelo impedimento de sua palavra e da sua participação [48].

A violência é uma noção referente aos processos e às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais [49].

Pesquisas revelam classificações quanto à tipologia de violência intrafamiliar contra os idosos. Existem várias formas de cometer agressão contra a pessoa idosa as quais podem ser consideradas como agressão física, financeira, psicológica, sexual, valendo acrescentar a negligência e o abandono como mais um item de abuso aos idosos. Desse modo, elenca-se e definem-se os maus tratos e a violência quais sejam [50]:

- Violência física – é a violência marcada pelo uso da força física para obrigar os idosos a fazerem o que não desejam, forçando-os ao ponto de feri-los com emprego de dor e, em algumas vezes, leva-os à morte.
- Violência financeira e material ou abuso econômico – é uma violência baseada na exploração ilegal dos recursos financeiros e patrimoniais da pessoa idosa, com ou sem o seu consentimento.
- Negligência – é a violência que resulta em abandono de afeto, de cuidado ou atenção por parte do familiar ou cuidador, o que conduz a uma assistência incompleta ou total descuido com a pessoa idosa.
- Abandono – é uma violência parecida com a negligência, porém resulta duma ausência de ajuda ou de socorro por parte do familiar a um idoso que necessite de cuidados e de proteção.
- Violência ou agressão psicológica – é uma violência cuja característica é provocar insegurança e medo ao idoso. Essa agressão é muito utilizada pelos familiares e, geralmente, é acompanhada por outros tipos de violência. Os maus-tratos psicológicos geram nos idosos sentimentos de frustração que os impedem de fazer coisas normais em seu cotidiano como alimentar-se ou sair de casa. A violência psicológica é praticada por meios como humilhação, insulto, chantagem, agressões verbais ou gestuais, que provocam ao idoso sentimento de raiva, choro, desvalorização ou até amedrontam.
- Autonegligência ou autoabandono – é uma conduta abusiva do próprio idoso, ameaçando assim, sua saúde, sua segurança pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmo.
- Violência sexual ou abuso sexual – é uma violência relacionada com ato ou jogo sexual, nomeadamente utilizando pessoas idosas para obter excitação ou práticas sexuais. Esta agressão pode se manifestar, juntamente, com violência física ou ameaças.

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a OMS considera que a violência cometida por familiares merece uma atenção especial ^[51]. Dentro dessa ótica, por meio de uma análise de dados científicos em periódicos nacionais, destaca-se que a violência contra idosos é alarmante e ocorre, na grande maioria das vezes, no âmbito familiar, pois sua vulnerabilidade se acentua com o passar do tempo, sobretudo no caso de incapacidades ^[52].

Estudo realizado com 102 idosos chineses revela que os idosos ao serem questionados sobre a identidade das pessoas que praticavam os maus-tratos, 40,2%

relataram que eram seus cônjuges, e 18,6% relataram que eram seus filhos e suas filhas. Ainda no mesmo estudo, os idosos com nível de ensino fundamental eram menos propensos a experimentar negligência ou abuso quando comparadas aos que não tinham nenhum tipo de estudo, além disso, quando adicionadas as variáveis sobre saúde, observou-se que os idosos que relataram maior número de doenças, eram mais propensos aos maus-tratos [53].

Em França [48] a rede ALMA coletou dados de várias cidades entre 1995 e 1998 (num total de 3.500 chamadas telefônicas). Esses dados indicam que as ocorrências mais frequentes são a violência financeira e a psicológica, 27% cada, seguidas da violência física (15%) e de negligência (15%). As maiores vítimas eram mulheres, num total de 75%. No que se refere aos agressores, 53% eram membros da família. Ainda em França, outra pesquisa realizada em 2001, constatou quase as mesmas proporções nas ocorrências de violência, sendo que na família ocorriam mais os maus-tratos financeiros e físicos, enquanto nas instituições apareciam os maus-tratos psicológicos, sobretudo as negligências. Constatou-se também que a faixa etária de 80 anos e mais se encontram na proporção de 46% nas famílias, e na proporção de 72% nas instituições.

Em Espanha, no ano de 2000 [48], quase 5% dos idosos atendidos sofriam de algum tipo de violência por parte dos seus familiares. Constatou-se que 81% das vítimas eram mulheres; em 55% dos casos, os agressores eram filhas ou filhos; em 12%, cônjuges; em 7%, irmãs ou irmãos; e em 25%, outras pessoas. As ocorrências por tipo de violência mostram que a negligência no cuidado corporal existe em maior proporção entre homens (75% das ocorrências) do que entre mulheres (67%), mas tanto a violência física (11% das mulheres e 5% dos homens) quanto a violência psicológica (36% das mulheres e 15% dos homens) são mais expressivas entre as mulheres. A violência econômica ocorre em 16% dos homens e 20% das mulheres. A pesquisa em Espanha apontou ainda que em 53,8% dos casos ocorria um só tipo de violência; 29% dos casos combinavam negligência e maus-tratos. Nos demais, havia pelo menos três tipos de violência conjugados [48].

Um estudo realizado em Singapura, em 2008, identificou um maior número de vítimas do sexo feminino, sendo os perpetradores da violência membros de suas famílias, a maioria filhos, corroborando dados encontrados em João Pessoa - Pernambuco, no ano de 2007 [54,55].

Ao redor do mundo os números de prevalência de violência contra a pessoa idosa variam muito entre os diferentes povos. No ano de 2012, na China, numa pesquisa com 2.000

peessoas idosas, 36,2% referiram ter vivenciado pelo menos um tipo de maus-tratos (físico, emocional, negligência ou exploração financeira) [56].

Em Los Angeles, Estados Unidos da América, um estudo feito com pessoas de origem latina e idade de 66 ou mais anos, em 2012, identificou que 40% desses idosos haviam experienciado alguma forma de maus-tratos ou negligência no último ano. Aproximadamente 25% referiram violência psicológica, 11% violência física, 9% abuso sexual, 17% exploração financeira e 12% negligência por seus cuidadores [57].

Outro estudo também conduzido nos Estados Unidos da América, com uma amostra representativa da população total de pessoas com 60 ou mais anos no país, em 2008, identificou que 11,4% da amostra (ou seja, mais de 1 em cada 10 pessoas idosas) afirmaram ter sofrido ao menos um tipo de maus-tratos no último ano, sendo que os valores para cada tipo de violência sofrida foram os seguintes: 4,6% de maus-tratos psicológicos; 1,6% de maus-tratos físicos; 0,6% para 30 maus-tratos sexuais; 5,1% para possível negligência e 5,2% para abuso financeiro por parte da família [58].

Estudos no Brasil, durante o ano de 2010 relatam que as violências e os acidentes registados atingem números preocupantes. A cada dez minutos um idoso é vítima de violência no Brasil. Morrem mais de 13 mil idosos por acidente e violência por ano, significando, por dia, uma média de 35 óbitos, dos quais 66% são de homens e 34%, de mulheres. Estudos parciais feitos no Brasil mostram que a maioria das queixas dos idosos é contra filhos, netos ou cônjuges e outros parentes [59].

Num levantamento feito nas Delegacias de Proteção ao Idoso de Belo Horizonte e São Paulo as queixas mais frequentes dos idosos dizem respeito a delitos de lesão corporal, furtos, maus-tratos, injúria, extravios de documentos, mal-uso dos bens dos idosos pelos próprios familiares, perturbações da ordem, ameaças, abandono material, apropriação indébita [60].

Um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto em 2002 verificou que a maioria dos idosos, vítimas de violência que fizeram boletim de ocorrência nas delegacias, o fez por conta de lesões corporais. As denúncias de abuso sexual e psicológico foram mínimas [61].

No estado da Paraíba a Promotoria de Justiça dos Direitos do Cidadão de João Pessoa registou mais de 500 casos de violência contra os idosos no ano de 2011, o equivalente a mais de 40 vítimas por mês, 85% desses casos são sobre maus-tratos. A Paraíba é o 6º estado brasileiro com maior proporção de idosos, 437 mil idosos, o equivalente a 11,4% de sua população, de acordo com dados de 2009 do IBGE [62].

Conforme identificado na pesquisa desenvolvida no Departamento de Atendimento a Grupos Vulneráveis (DAGV), dos inquéritos avaliados no período 112 inquéritos (66,3%) foram relacionados à violência contra idosos. Destes, 70,5% foram abertos por Boletim de Ocorrência da polícia civil de Sergipe ^[63], com predomínio a violência psicológica (40,2%), no domicílio (96,4%), durante a manhã (35,7%) e na zona norte da cidade (33,0%). A maioria eram mulheres (65,2%) entre 60-69 anos (50,9%), aposentadas (73,2%), com ensino fundamental (66,1%). Os agressores mais frequentes foram os filhos (54,4%), homens (74,1%), com mais de 40 anos (50,0%), desempregados (61,6%), com ensino fundamental (62,5%) e com suspeição de uso de droga (18,8%), indiciados na maioria dos casos (83,9%) ^[63].

Estudo realizado no Distrito Sanitário IV, centrando-se na microrregião 4.2, que compreende dois bairros da cidade do Recife – Pernambuco ^[64] que entre os 274 idosos entrevistados, verificou-se que 57 apresentavam sinais indicativos de violência, o que corresponde a uma prevalência de 20,8% (IC 95%: 16,0 – 25,6), com pelo menos um dos tipos de violência sofrida pelos idosos em seu ambiente doméstico.

A situação de maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, em Recife, é de que as mulheres que sofriam mais violência tinham casas próprias com deficiente esgotamento sanitário, recebiam até dois salários mínimos e possuíam baixo grau de escolaridade. A violência mais comum foi a psicológica, seguida da física, cometida pelos próprios familiares dentro do domicílio. As vítimas não sabiam a que órgão denunciar e em seu entendimento a comunidade era indiferente ao problema ^[65].

De todas as formas de abuso a mais frequente é aquela de cunho financeiro. São tentativas dos familiares de se apoderarem das fontes de renda do idoso, ou de seus bens e economias, ainda em vida. Os parentes mais próximos é que são os atores (filhos, conjugues, genros e noras), apossam-se da renda, da casa, dos outros bens, e não é raro acontecer de deixarem faltar subsídios para o próprio idoso ^[66]. Deste modo, a família é hoje a entidade mais causadora de violência às pessoas idosas, isto não só no especto financeiro, como já dito, mas também nas outras formas de abuso. Estudos mostram que 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem dentro dos lares.

Em 2012, o Rio Grande do Sul já teve 161 registros de maus-tratos, segundo números do Disque 100 da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Porto Alegre foi a cidade com maior número de casos, 15% do total. Gravataí teve 13% e

Canoas e Pelotas, 6% cada. A maioria dos agredidos é mulheres, brancas e na faixa dos 75 anos [67].

Ademais, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), responsável pelo processamento de todas as fichas de notificação compulsória de violência contra a pessoa idosa no Brasil, contabilizaram, no ano de 2010, 3.593 casos de violência contra a pessoa idosa notificados por profissionais de saúde, oriundos de 524 municípios brasileiros. Tais dados evidenciam a expressiva subnotificação da violência entre a população idosa do Brasil [7]. Muito se discute que em grande parte dos serviços, isto é, 46,9%, não realizam a notificação e há a falta da ficha de notificação em toda a rede [68].

Apesar do comprometimento do Ministério da Saúde na prevenção e enfrentamento deste agravo à saúde, a notificação contínua individual do SINAN ainda é considerada incipiente no campo da epidemiologia, o que gera uma subnotificação de casos e, conseqüentemente, a não publicitação aos órgãos competentes de enfrentamento (as redes interna e externa), prejudicando as ações dos governantes na criação de políticas públicas de enfrentamento à violência, vitimizando os que sofreram e/sofrem esses atos [69].

Os registros de abandono e violência contra idosos crescem e revela-se uma percentagem considerável, visto que participam do grupo de pessoas vulneráveis, propensas a maus-tratos.

O profissional de saúde tem a obrigação de notificar os casos de violência doméstica, mas no Brasil é escasso o número de regulamentos que respaldam tais procedimentos. É através da notificação que a violência ganha visibilidade e possibilita o atendimento, pelo que o profissional deve ter a percepção de que é importante o registro no sistema de informações do SUS [69,70].

Desse modo, os profissionais de saúde assumem um papel primordial para uma assistência qualificada e direcionada às causas de violência, deve ser capaz de identificar e assistir as vítimas de violência [70].

A violência familiar acompanha toda a história da Humanidade, porém só a partir da segunda metade do século XX começou a merecer atenção dos profissionais da saúde. Atualmente, os estudos sobre violência familiar têm procurado gradativamente compreender as situações de violência contra os idosos. Fato motivado tanto pelo aumento do contingente de idosos quanto pelas pesquisas internacionais que apontam a família como o principal contexto de ocorrência de violência contra esse grupo etário [71,72,73].

Em virtude dos fatos mencionados, a gravidade do problema pressupõe ações intersectoriais, envolvendo as áreas da saúde, segurança, educação, assistência social, entre outras, que necessitam investir em políticas públicas de prevenção e de assistência, cabendo aos profissionais de saúde um importante papel na detecção de casos, na prática de ações preventivas e de tratamento e reabilitação das vítimas. Outra preocupação constante é que os episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar cada vez mais graves ao longo do tempo, o que pode gerar uma demanda significativa pelos serviços de saúde, tanto ambulatoriais quanto hospitalares [74, 75].

Segundo a rotina estabelecida em cada município, os encaminhamentos das pessoas idosas, em situação de violência devem ser feitos para os órgãos e instituições discriminados a seguir, de acordo com a organização da rede de serviços local: a. Delegacia especializada da mulher; b. Centro de Referência da Mulher; c. Delegacias Policiais; d. Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa; e. Centro de Referência da Assistência Social; f. Ministério Público; g. Instituto Médico Legal; e h. outros [76].

Há, sem dúvida, vários aspectos éticos e legais envolvidos. As vítimas, quando cognitivamente competentes, têm o direito de determinar o curso da intervenção e, inclusive, optarem por nada fazer. Compete aos profissionais o suporte, a orientação, o atendimento, a notificação e o encaminhamento adequado frente à cada situação que deverá ser avaliada de forma particular.

A Equipe de Saúde da Família deve identificar outras formas de violência como a violência institucional, que pode ocorrer nas Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI) (antigos asilos), nos serviços de saúde, e demais instituições situadas na área de atuação da equipa. Assim sendo, cabe às Equipes de Saúde da Família: a identificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, notificando-os; a promoção de ações de prevenção da violência, por meio de educação em saúde com os familiares e estimulando uma rede de proteção à pessoa idosa; o planeamento de estratégias intersectoriais que promovam ambientes e entornos seguros e saudáveis [76].

CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo

O presente estudo caracteriza-se como sendo do tipo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários. A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Permite ainda, ao pesquisador, a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno [77].

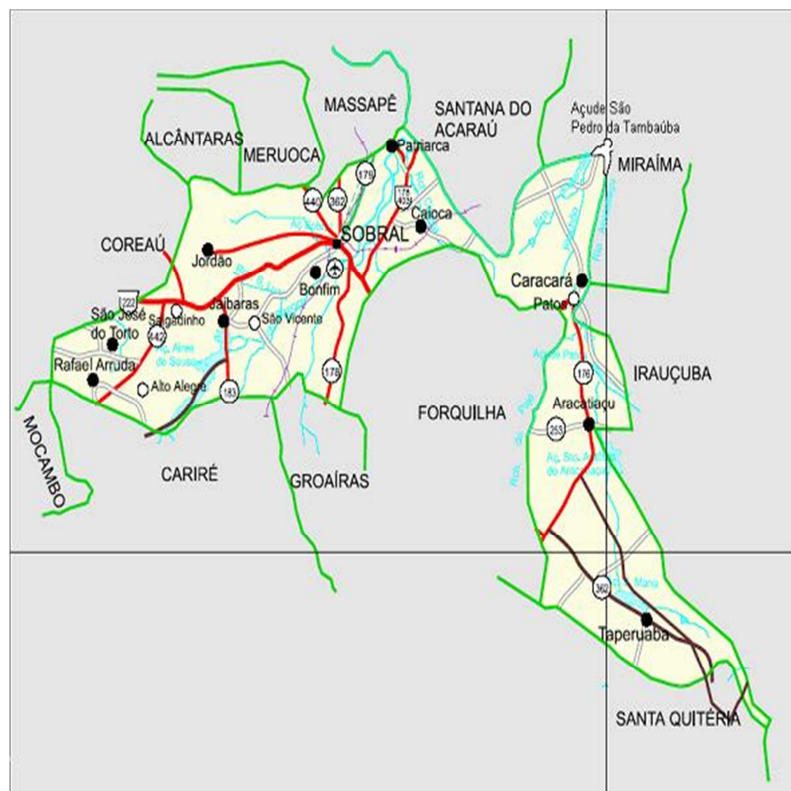
A pesquisa quantitativa traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas, utilizando-se técnicas estatísticas [78].

Os dados secundários se referem às informações já existentes que foram transcritas de fontes primárias contemporâneas. Tais dados podem ser coletados em diversas fontes, como relatórios de pesquisa baseados em trabalho de campo, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sistema governamental, entre outros [79].

3.2 Participantes

A população de referência foi constituída por pessoas idosas (60 anos e mais), de ambos os sexos, residentes na área de abrangência da microrregião de Saúde de Sobral - Ceará, da 11ª Coordenação Regional de Saúde (CReS). Para o estudo consideraram-se as informações fornecidas pelo Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN), registradas no banco de dados da Vigilância Epidemiológica no período de janeiro/2009 a dezembro/2014.

O município de Sobral (Figura 1) ocupa uma área de 2.122 quilômetros quadrados, com população estimada pelo IBGE de 188.233 mil habitantes em 2010, onde 78,3% vivem na zona urbana. Destes, 16.516 mil encontram-se na faixa etária superior a 60 anos. Comparando com a população jovem tem-se 27 idosos para cada 100 jovens [80].



Fonte: <http://www.sobral.ce.gov.br/cidade/geografia.htm>

Figura 1 – Mapa do município de Sobral - Ceará.

3.3 Instrumentos de Recolha de Dados

Os dados foram captados por meio da Ficha de Notificação / Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, que contém variáveis sobre: vítima/pessoa atendida, ocorrência, tipologia da violência, consequências da violência, lesão, provável agressor, evolução e encaminhamentos (ver Anexo).

Após a análise das variáveis contidas no sistema de informação, sentimos a necessidade de elaborar um instrumento próprio que favorecesse a recolha das variáveis necessárias para responder os objetivos deste estudo (ver Anexo).

“O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de Janeiro de 2011), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no estado de Minas Gerais ou difilobotríase no município de São Paulo” [81]. Esta ficha tem preenchimento nos serviços de saúde e outras fontes notificadoras como instituições de longa permanência, centros de convivência ou centros de referência para vítimas de violência e os dados

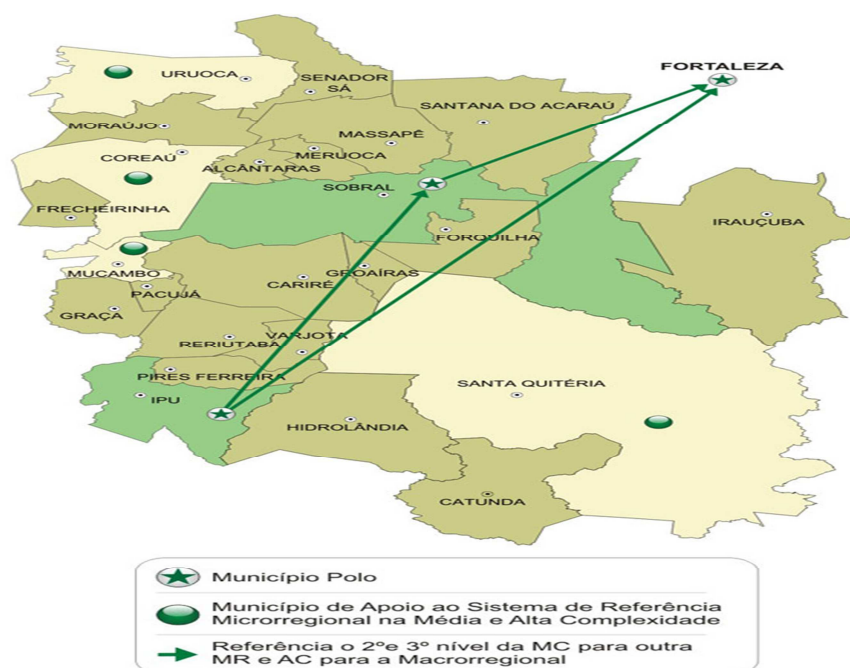
destinados ao Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE), onde serão digitados no SINAM no nível municipal e transferidos para as esferas estaduais e federal [81].

Quando de posse dos dados obtidos pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica, da 11ª CReS, as informações foram digitadas e processadas utilizando o software Microsoft® Excel, identificando a proporção dos registros.

3.4 Procedimentos

Esta pesquisa foi realizada na 11ª CReS, localizada na Av. John Sanford, 2239 – Sobral - Ceará, que abrange 24 municípios da Microrregião de Sobral: Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Hidrolândia, Ipu, Irauçuba, Massapê, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Santana do Acaraú, Senador Sá, Sobral, Uruoca e Varjota (Figura 2).

A fase de coleta de dados teve início após autorização da Coordenadora da 11ª CReS, Dra. Lucila Magalhães Rodrigues, através do Termo de Anuência de Pesquisa e Termo de Fiel Depositário (ver Anexo). A coleta foi realizada no mês julho de 2015.



Fonte: <http://cns.saude.ce.gov.br/>

Figura 2 – Mapa do município polo (Sobral - Ceará) e os 24 municípios de apoio ao sistema de referência microrregional na média e alta complexidade, Sobral - Ceará, 2016.

A coleta de dados foi precedida por uma visita ao serviço de epidemiologia, acompanhada pela coordenadora e com a contribuição dos técnicos responsáveis pela

digitação e controle dos dados nos bancos do serviço que se disponibilizaram a nos fornecer os dados necessários ao preenchimento do formulário utilizado para a coleta dos dados.

Para o critério de inclusão determinaram-se os registros completos cadastrados no SINAN referentes a violência contra a pessoa idosa proveniente de municípios da microrregião de Sobral – Ceará no período de janeiro/2009 a dezembro/2014, em que a faixa etária era maior ou igual a 60 anos.

Como critério de exclusão os casos em que as informações encontrarem-se incompletas nos itens que contemplasse os objetivos necessários para o desenvolvimento da pesquisa.

As variáveis extraídas do Sistema de Notificação incluíram:

- Caracterização da Violência – tipo de violência, motivação da violência, local da ocorrência, município da ocorrência, e meio de agressão.
- Caracterização da Vitima – idade, sexo, procedência, estado civil, e escolaridade.
- Caracterização do Agressor – utilização de álcool e sexo.

3.5 Plano de Análise

O preenchimento de todos os dados foi revisado para que fossem identificadas possíveis lacunas e/ou incoerências nos documentos coletados. Em seguida, as informações foram digitadas no banco de dados construído com a utilização do Microsoft® Excel.

Foram realizadas análises univariadas dos dados coletados, através de frequências absoluta e relativa (variáveis categóricas), média e desvio padrão, visando a sua descrição e a determinação da maneira pela qual se encontravam distribuídas na população do estudo.

Posteriormente foi efetivado o cruzamento entre elas com o objetivo de verificar a existência de possíveis associações, através do teste do qui-quadrado de Person, do teste exato de Fisher ou outros testes de associação de acordo com os objetivos propostos, considerando o nível de significância de 5%.

Na fase analítica as variáveis para caracterização da violência, da vítima e do agressor foram estratificadas, com o objetivo de aprimorar a análise estatística e favorecer a discussão com estudos já realizados.

As análises foram realizadas no Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19.0 e os resultados foram apresentados em forma de gráficos e/ou tabelas, utilizando o Microsoft® Excel.

3.6 Considerações Éticas

Esta pesquisa atendeu aos princípios éticos e legais da pesquisa com seres humanos preestabelecidos conforme Resolução 466/12, do Ministério da Saúde que incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referências da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que diz respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado [22].

A beneficência é vislumbrada quando se percebe a possibilidade real de se traçar o perfil do idoso vítima de violência como também identificar a subnotificação por parte do setor saúde ao analisar de dados, servindo como um instrumento para o poder público criar políticas mais efetivas e direcionadas às reais necessidades nesta área.

A justiça foi garantida uma vez que os resultados trarão um maior benefício para a sociedade e para os serviços envolvidos na pesquisa. As informações coletadas foram utilizadas para fins de instrução de estudos dos mais diversos segmentos interessados. A divulgação dos saberes alcançados será feita por meio de trabalhos apresentados em congressos, publicação de artigos científicos e apresentação dos resultados nas instituições envolvidas no processo.

Ressalta-se que a pesquisa ofereceu o médio risco aos indivíduos que tiveram suas informações pessoais e dados de sua ficha expostos ao pesquisador no momento da utilização deste. O risco foi controlado pela assinatura do Termo de Fiel Depositário (ver Anexo) e endereçado ao responsável portador dos dados, no caso a 11ª CREs pesquisada.

A fim de preservar a identidade dos indivíduos que compunham a base de dados a ser analisada, foi garantido o anonimato e a confidencialidade das informações nos registros.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS

Os resultados expostos baseiam-se em 76 notificações de violência contra idosos registradas nas fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) obtidos nos bancos de dados da 11ª Coordenação Regional de Saúde (CreS) da microrregião de Sobral – Ceará no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2014. As notificações eram procedentes de 24 municípios da microrregião de Sobral – Ceará.

Para análise e apresentação dos resultados foram coletados variáveis contidas nas fichas de notificação/ investigação / violência interpessoal/auto comprovada.

Com o intuito de organizar os resultados obtidos, estes foram divididos em categorias contendo: características sociodemográficas do idoso vítima de violência, tipologia da violência e características do agressor. Assim, consideraram-se como variáveis: número de casos notificados por ano, sexo da vítima, sexo do agressor, idade da vítima, situação conjugal, escolaridade da vítima e situação de alcoolizado por parte do agressor.

4.1 Perfil Sociodemográfico do Idoso Vítima de Violência Registrado no SINAN

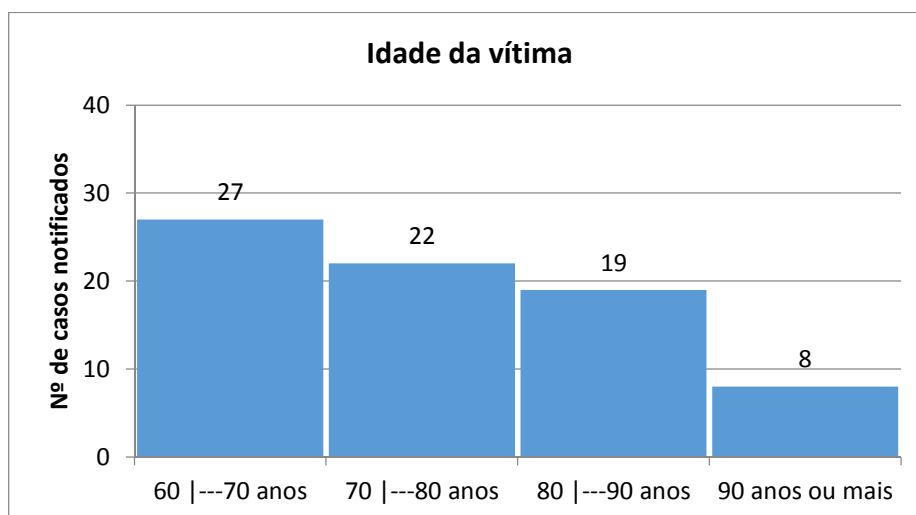
Quanto ao perfil sociodemográfico das vítimas envolvidas na pesquisa, foi identificado que, quanto ao sexo da vítima, 51,3% (39) eram masculinos (Figura 3).

Em relação à faixa etária, constatou-se que 28 das vítimas possuíam entre 60 e 70 anos, 22 entre 70 e 80, 19 entre 80 a 90, e 8 tinham 90 anos ou mais. A média de idade das vítimas encontrada foi de 75,0 anos com desvio padrão de 9,7 anos (Figura 4).



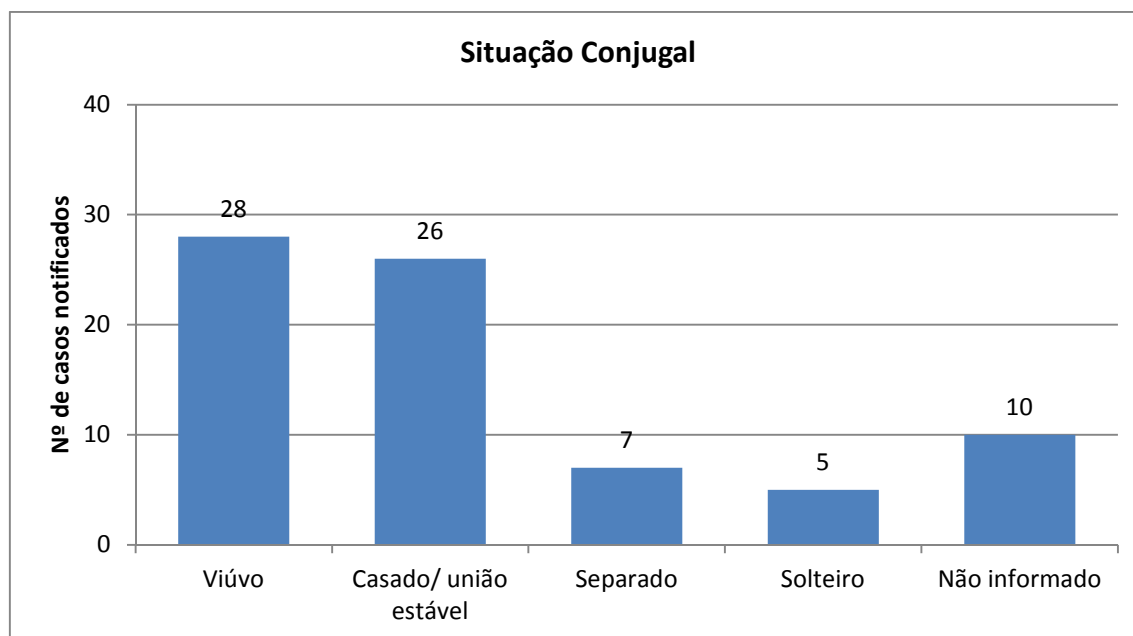
Fonte: SINAN.

Figura 3 – Número de casos de violência contra idosos notificados segundo sexo da vítima, Sobral - Ceará, 2009-2014.



Fonte: SINAN.

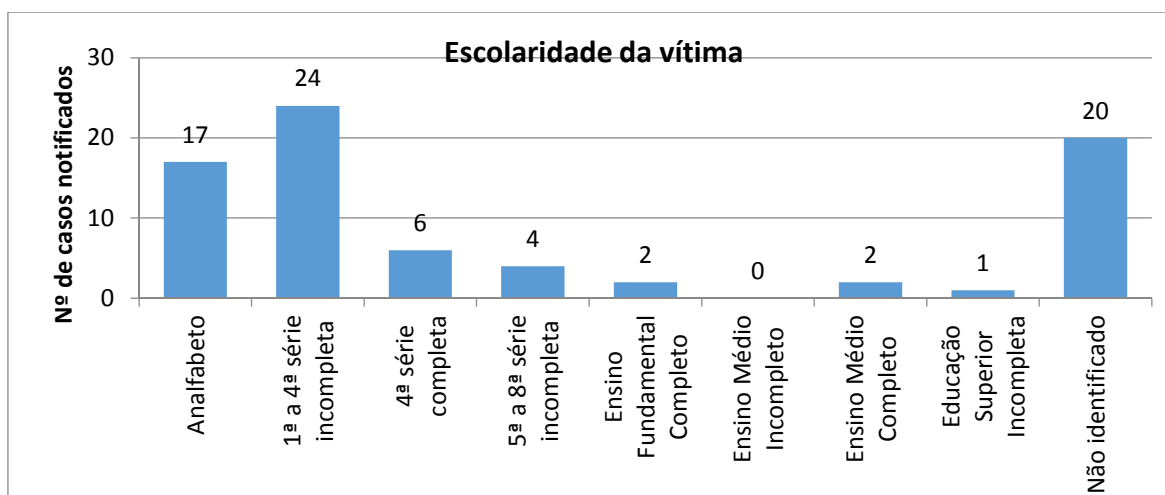
Figura 4 – Número de casos de violência contra idosos notificados por faixa etária, Sobral - Ceará, 2009-2014.



Fonte: SINAN.

Figura 5 – Número de casos de violência contra idosos notificados segundo situação conjugal, Sobral - CE, 2009-2014.

No que se refere a situação conjugal, houve prevalência de viúvos, 28 dos casos, seguido de casados ou em união estável com 26 casos. Porém, 10 registros das fichas estavam sem informação (Figura 5).



Fonte: SINAN.

Figura 6 – Número de casos de violência contra idosos notificados segundo escolaridade, Sobral - Ceará, 2009-2014.

No que diz respeito à escolaridade, observou-se a baixa formação entre as vítimas, dentre as quais 17 dos casos eram analfabetas e 24 tinham o ensino fundamental incompleto. Entretanto, 20 das fichas de cadastro do SINAN não apresentavam registro de informação sobre essa variável (Figura 6).

4.2 Tipologia da Violência

Entre os casos estudados observa-se que 57,9% sofreu um tipo de violência, 7,9% não informou e os demais sofreram mais de um tipo de violência chegando a ocorrer até quatro atos de violência (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição por quantidade de atos de violência notificados, Sobral - Ceará, 2009-2014.

Quantidade	N	%
1 ato de violência	44	57,9
2 atos de violência	20	26,3
3 atos de violência	2	2,6
4 atos de violência	4	5,3
Não informou	6	7,9
Total	76	100,0

Tabela 2 – Distribuição por tipos de violência notificados, Sobral - Ceará, 2009-2014.

Tipo de violência	N	%
Física	55	72,4
Psicológica/Moral	16	21,1
Tortura	3	3,9
Sexual	1	1,3
Tráfico de seres humanos	0	0,0
Financeira/Econômica	12	15,8
Negligência/Abandono	26	34,2
Intervenção Legal	0	0,0

*O total não soma 76, pois um indivíduo pode ter sofrido mais de um tipo de violência.

Os achados deste estudo apontam que a violência física ocupa o primeiro lugar, no que se refere a população dos 76 casos estudados ou seja, 72,4% dos casos notificados foram por violência física, seguindo com 34,2% a negligência/abandono, 21,1% psicológica/moral, 15,8% financeira/econômica, 3,9% tortura, e 1,3% (1 caso) de violência sexual. Em termos de tráfico de seres humanos e intervenção legal não foram registrados quaisquer casos. Ressalta-se que o fato de um idoso ter sofrido determinado tipo de violência

não exclui o outro, uma vez que ele pode ter sido vítima de um ou mais tipos de violência. (Tabela 2).

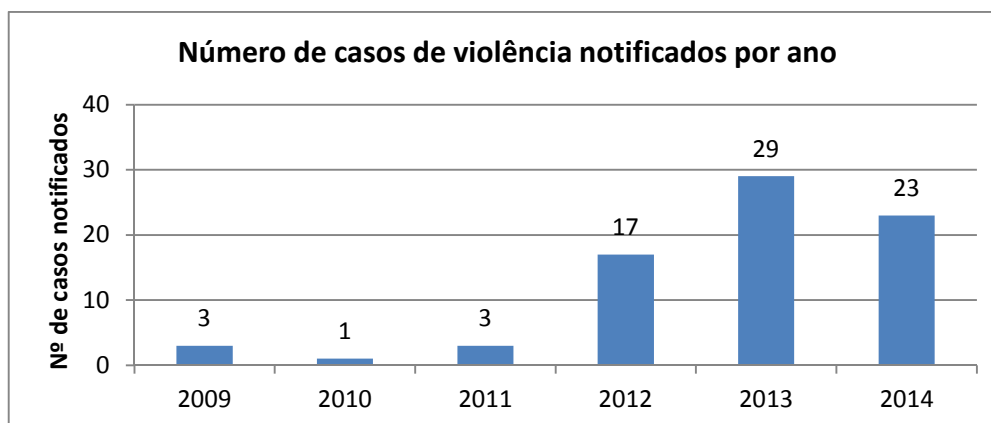
Tabela 3 – Distribuição por quantidade de meios de agressão, Sobral - Ceará, 2009-2014.

Quantidade	N	%
Nenhum	9	11,8
1 meio de agressão	47	61,8
2 meios de agressão	8	10,5
3 meios de agressão	1	1,3
4 meios de agressão	1	1,3
Não informou	10	13,2
Total	76	100,0

Tabela 4 – Distribuição dos casos notificados segundo meio de agressão, Sobral - Ceará, 2009-2014.

Meio de Agressão	N	%
Força Corporal	25	32,9
Enforcamento	1	1,3
Objeto Contundente	11	14,5
Objeto perfuro-cortante	5	6,6
Substância/Objeto Quente	1	1,3
Envenenamento	2	2,6
Arma de Fogo	3	3,9
Ameaça	8	10,5
Outros	19	25,0

No que se refere ao meio de agressão, observa-se nos registros informados que 61,8% dos casos sofreu um meio de agressão, 10,5% sofreu dois meios de agressão, ressaltando-se um elevado número de casos não informados (13,2%) (Tabela 3). A força corporal foi registrada em 32,9% dos casos, sendo o principal meio de agressão, e 14,5% com objeto contundente, sendo que 26,4% reportam outros meios de agressão (Tabela 4).



Fonte: SINAN.

Figura 7 – Número de casos de violência contra idosos notificados por ano, Sobral - Ceará, 2009-2014.

O estudo evidenciou nos registros de casos de violência contra idosos que o ano de 2013 foi o de maior registro enquanto em 2010 houve uma menor prevalência de registros (Figura 7).

4.3 Características do Agressor

Quanto às características do agressor não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos masculino e feminino. Diante dos dados de ocorrência, observa-se que 61,5% das vítimas teve como agressor o sexo masculino enquanto 24,6% foi pelo sexo feminino. Já quanto ao agressor por ambos os sexos obteve-se 13,3% das vítimas. No que se refere ao consumo de bebida alcoólica pelo agressor identifica-se um quantitativo de 71,9% que não fazia uso de álcool (Tabela 5).

Como consta nos registros, quanto ao número de casos de violência contra idosos notificados segundo a situação de alcoolizado por parte do agressor, observa-se que em 53,9% (41) dos casos de violência o agressor não encontrava-se alcoolizado, sendo que 21,1% (16) foi identificado como alcoolizado (Figura 8).

Tabela 5 – Distribuição dos casos de violência notificados segundo características do agressor por sexo, Sobral - Ceará, 2009-2014.

Variáveis ^a	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Sexo do agressor							
Masculino	17	56,7%	23	65,7%	40	61,5%	0,64
Feminino	9	30,0%	7	20,0%	16	24,6%	
Ambos	4	13,3%	5	14,3%	9	13,8%	
Total	30	100,0%	35	100,0%	65	100,0%	
Consumo de bebida alcoólica							
Sim	8	34,8%	8	23,5%	16	28,1%	0,38
Não	15	65,2%	26	76,5%	41	71,9%	
Total	23	100,0%	34	100,0%	57	100,0%	

Qui-quadrado de Pearson e de Fisher. *Significativo a 0,05. a. Os totais divergem devido aos dados em branco ou ignorados.



Fonte: SINAN.

Figura 8 – Número de casos de violência contra idosos notificados segundo situação de alcoolizado por parte do agressor, Sobral - Ceará, 2009-2014.

4.4 Análise Comparativa

Observa-se sobre as características demográficas que não ocorreu diferenças estatisticamente significativas para as proporções de registo de violência nas variáveis faixa etária e escolaridade entre os grupos masculino e feminino da população do estudo.

Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$) na proporção de situações de violência entre sexo feminino e masculino consoante a situação conjugal, sendo os episódios de violência mais prevalentes nas mulheres solteiras/separadas/viúvas (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos casos de violência notificados segundo características demográficas por sexo, Sobral - Ceará, 2009-2014.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária (anos)							0,64
Até 69 anos	12	32,4%	15	38,5%	27	35,5%	
70 anos ou mais	25	67,6%	24	61,5%	49	64,5%	
Total	37	100,0%	39	100,0%	76	100,0%	
Escolaridade (anos de estudo)							0,11
Até 8 anos	25	100,0%	28	90,3%	53	94,6%	
Mais de 8 anos	0	0,0%	3	9,7%	3	5,4%	
Total	25	100,0%	31	100,0%	56	100,0%	
Situação Conjugal							
Solteiro/Viúvo/Separado	25	83,3%	15	41,7%	40	60,6%	<0,01*
Casado/união estável	5	16,7%	21	58,3%	26	39,4%	
Total	30	100,0%	36	100,0%	66	100,0%	

Qui-quadrado de Pearson e de Fisher. *Significativo a 0,05. Os totais divergem devido aos dados em branco ou ignorados.

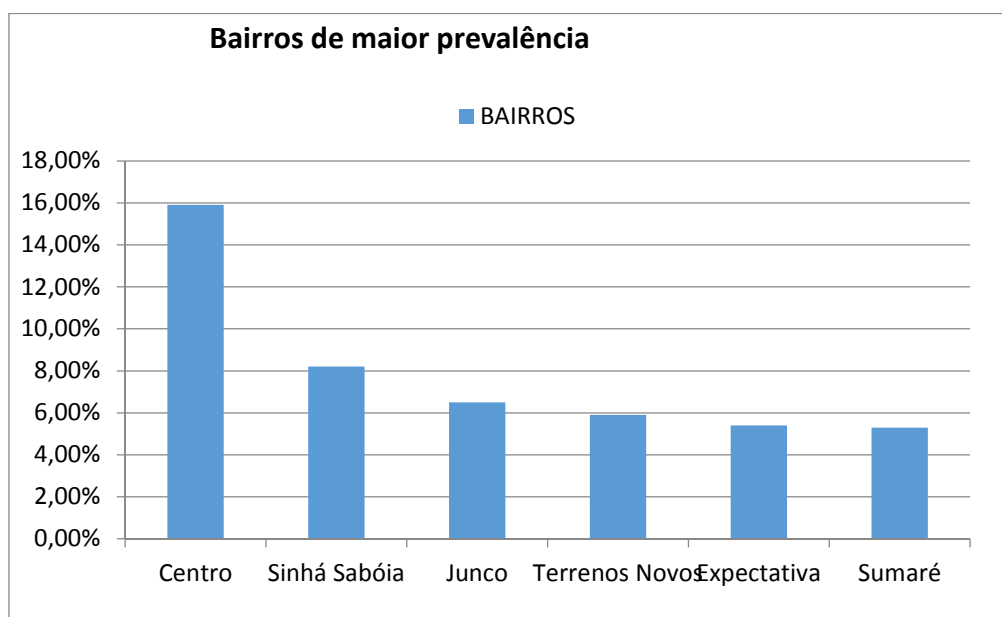
Tabela 7 – Distribuição dos casos de violência notificados segundo tipo de violência e meio de agressão por sexo, Sobral - Ceará, 2009-2014.

Variáveis ^a	Feminino		Masculino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de violência							
Física	22	68,8%	33	84,6%	55	77,5%	0,15
Psicológica/Moral	13	39,4%	3	7,7%	16	22,2%	<0,01*
Tortura	3	9,4%	0	0,0%	3	4,2%	0,05
Sexual	1	3,2%	0	0,0%	1	1,4%	0,26
Financeira/Econômica	10	32,3%	2	5,1%	12	17,1%	<0,01*
Negligência/Abandono	12	37,5%	14	35,9%	26	36,6%	0,99
Meio de agressão							
Força Corporal	13	41,9%	12	30,8%	25	35,7%	0,45
Enforcamento	1	3,3%	0	0,0%	1	1,5%	0,26
Objeto Contundente	2	6,9%	9	23,1%	11	16,2%	0,07
Objeto perfuro-cortante	2	6,9%	3	7,7%	5	7,4%	0,90
Substância/Objeto Quente	0	0,0%	1	2,6%	1	1,5%	0,38
Envenenamento	2	6,9%	0	0,0%	2	2,9%	0,10
Arma de Fogo	1	3,4%	2	5,1%	3	4,4%	0,74
Ameaça	5	17,2%	3	7,7%	8	11,8%	0,23
Outros	8	27,6%	11	28,9%	19	28,4%	0,99

Qui-quadrado de Pearson e de Fisher. *Significativo a 0,05. a. Não totaliza 100%, pois trata-se de variável com múltipla escolha.

Relativamente ao tipo de violência houve uma maior prevalência de violência psicológica/moral no sexo feminino 39,4%, enquanto no sexo masculino foi de 7,7%. Como também a violência financeira/econômica foi mais prevalente nas mulheres (32,3%), no grupo dos homens foi de 5,1%. Para os demais tipos de violência não houve diferença estatisticamente significativa.

Com relação ao meio de agressão não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos masculino e feminino (Tabela 7).



Fonte: SINAN.

Figura 9 – Bairros de maior prevalência de casos de violência contra idosos notificados na 11ª CREs Sobral - Ceará, 2009-2014.

Ao considerar os bairros de maior prevalência de casos de violência contra o idoso, identificamos que 15,9% dos casos ocorreu no bairro Centro, 8,2% no bairro Sinhá Sabóia, 6,5% bairro do Junco, 5,9% bairro Terrenos Novos, 5,5% no bairro Sumaré e 5,4% no bairro Expectativa. Destacamos aqui que estes foram os cinco bairros com maior número de casos obtendo uma média de ocorrência de 1,7 dos bairros não citados. A distribuição por prevalência demonstra que a maioria das vítimas era de Sobral (Figura 9).

CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO

Em termos de discussão de resultados procurou-se efetuar uma análise alinhada com os quatro objetivos específicos anteriormente enumerados no capítulo Introdução desta dissertação:

- Caracterizar a amostra quanto aos aspetos sociodemográficos dos idosos vítimas de violência.
- Identificar a tipologia da violência e informações do agressor das pessoas idosas com base nos registos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
- Analisar a evolução anual dos registos do SINAN sobre a violência contra o idoso.
- Identificar os bairros com maior número de casos de violência contra o idoso no período de 2009 a 2014.

Consequentemente, cada uma das seções do presente capítulo debruçar-se-á sobre um dos objetivos específicos considerados para a presente dissertação.

5.1 Caracterização das Pessoas Idosas Vítimas de Violência em Termos Sociodemográficos

Como apontado nos resultados, o perfil da vítima mais frequente apresenta as seguintes características: sexo masculino, na faixa etária dos 60 a 70 anos de idade, viúvo, com escolaridade até 4 anos de estudo.

A partir dos resultados acerca do perfil dos idosos violentados pôde-se evidenciar uma prevalência do sexo masculino sobre o feminino, corroborando os achados na literatura ^[82,83] que os homens mais velhos estão mais sujeitos a atitudes de violência do que as mulheres mais velhas.

De acordo com um estudo realizado no Distrito Federal do Brasil, as vítimas de maus-tratos em domicílio são, predominantemente, casadas e do sexo masculino. Pesquisa

realizada em Ribeirão Preto, São Paulo, em 2002, reforça os achados encontrados neste estudo, relativamente à predominância do sexo masculino nos idosos que mais sofreram maus-tratos no domicílio [84]. Por outro lado, um estudo transversal [85] realizado no Instituto de Medicina Legal do Recife (Pernambuco) identificou que a maioria dos idosos vítimas de violência era do sexo masculino.

No entanto, trata-se de uma questão que merece ser aprofundada porque noutros estudos semelhantes [4, 7], observou-se que predominavam as vítimas do sexo feminino e que metade dos idosos apresentava de 60 a 69 anos de idade.

A faixa etária encontrada com maior predomínio, entre 60 e 69 anos, confirma estudos recentes [76] que quanto menor for a idade do idoso, menor é a possibilidade de dependência física e mental e maior será a sua autonomia funcional, o seu conhecimento em relação aos seus direitos e às possibilidades e meios para os garantir, facilitando, dessa forma, o registo da denúncia, elevando a taxa nesse grupo etário [85,86].

Ao analisar o estado civil das vítimas, apesar de maior predomínio de idosos viúvos, os achados apontam uma percentagem próxima entre essa parcela e a de casados. Isto posto, a amostra pode revelar que o fato de possuir ou não parceiro fixo não exerce grande influência no acometimento do idoso por atos violentos. Os percentuais analisados contradizem a literatura, a qual aponta que as principais vítimas são as que possuem companheiro e que os cônjuges aparecem em segundo lugar como agressores no contexto doméstico [87].

No tocante, à escolaridade da vítima, na amostra considerada, 24 idosos possuem apenas até oito anos de estudo, cursaram da 1ª a 4ª série incompleta. Tal número pode ser superior, porquanto 20 casos das fichas cadastradas no SINAN não apresentam registo de informação sobre essa variável. Tal vai de encontro aos resultados de outros estudos que relatam uma predominância de vítimas com menos de 8 anos de escolaridade [4, 7].

5.2 Aspetos Relativos à Violência Sofrida pelos Idosos e Informações dos Agressores

No que diz respeito ao tipo de violência sofrida, o presente estudo evidenciou que a pessoa idosa sofreu mais do que um tipo de violência, com predomínio da física (77,5%).

Uma outra pesquisa [7] obteve resultado similar aos dados deste estudo: abuso físico (67,7%), violência psicológica (29,1%) e negligência (27,8%). Em menor proporção, foram referidos casos de violência financeira (7,9%), abuso sexual (3,7%) e tortura (3,3%) [7]. Além desses dados, foi evidenciado que, com exceção do abuso físico, significativamente mais

frequente entre os homens, os casos de violência psicológica, negligência, financeira, sexual e tortura apresentaram frequência significativamente maior entre as mulheres [7].

Das denúncias recebidas pelo Módulo Disque Idoso do Disque 100 Direitos Humanos as agressões físicas correspondem a 34% do total das queixas, vindo em quarto lugar, depois das negligências, dos maus tratos psicológicos e dos abusos econômico, financeiros e patrimoniais [88]. Por outro lado, dados relativos ao estado do Ceará, disponibilizados pela Secretaria da Ouvidoria Geral e do Meio Ambiente (SOMA), entre as denúncias feitas ao Serviço Especial de Defesa do Idoso (SEDI) e Alô-Idoso, em 2004, 32% correspondem a denúncias de violência física, 20% de abandono, 16% de apropriação indébita de aposentadoria e 13% de negligência [89]. Adicionalmente, um estudo em 524 municípios brasileiros constatou que 67,7% dos idosos foram vítimas de violência física e 29,1% de psicológica [90].

A esse fato, soma-se que a incidência comprovada no mundo inteiro é que de 5% a 10% dos idosos sofrem violência física visível ou invisível e que pode ou não provocar a morte.

Nas situações de violência, normalmente o que desperta a atenção são os danos físicos, as marcas deixadas pela relação desigual de força entre a vítima e o agressor. Todavia, entre os idosos, a negligência e a violência psicológica ganham expressivo destaque. Tais tipos de violência não deixam marcas aparentes, muitas vezes são imperceptíveis, mas aprisionam e condenam suas vítimas a viverem por tempo indeterminado em situações desumanas de intenso sofrimento, desespero e de risco para o agravamento ou para o desenvolvimento de doenças psicossomáticas, especialmente quando a violência é causada por familiares.

Com foco na violência por negligência/abandono, foram registrados 34,2% dos casos. A violência por negligência/abandono também ocorre em muitas instituições de longa permanência, nas quais as pessoas idosas dependentes são afetadas por falhas no tratamento pessoal, na administração de medicamentos, nos cuidados com o asseio corporal e na exigência de que realizem ações para as quais não sentem desejo ou aptidão. Muitos outros exemplos poderiam ser acrescentados aos que aqui foram mencionados, porque são conhecidos dos dedicados familiares, profissionais de saúde, de assistência e pelos operadores de direito que levam a sério o cuidado com a pessoa idosa. Apenas como exemplo, no “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos”, da Secretaria de Direitos Humanos, entre 2010 a 2012, a denúncia principal foi de negligência (68,7%) em particular, as ocorridas no âmbito das famílias e dos serviços públicos [91].

O Estatuto do Idoso determina, em seu artigo 3º, ser “obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao desporto, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” [9].

Outros estudos [92] destacam entre as agressões sofridas pelos idosos: o desrespeito ao Estatuto do Idoso (27,3%), diante da submissão do indivíduo a condições desumanas ou degradantes, privação de alimentos e cuidados essenciais, além da apropriação dos benefícios, proventos ou pensão; ameaça (26,4%); lesão corporal (10,4%) e injúria (9,7%).

Os achados relativo ao agressor apontam que a maioria dos eventos de violência contra a pessoa idosa foi causada por agressores do sexo masculino (57,9%). Outras pesquisas apresentam resultados semelhantes à realidade encontrada em Teresina [7,85,92,93].

Durante a pesquisa da literatura por informações sobre os agressores da violência contra idosos, para a análise e a comparação dos dados do presente estudo, observou-se que as características do agressor são menos exploradas do que as da vítima. Há em alguns casos a inexistência de dados de algumas variáveis. O perfil do agressor encontrado foi do sexo masculino, 30 a 49 anos, com escolaridade, filho da vítima e morando junto da mesma (mas não é seu cuidador) e utiliza álcool e/ou droga.

A literatura científica [94] reporta características similares: os agressores estão entre os familiares da vítima, sendo na maioria filhos e netos, havendo uma incidência maior de agressores do sexo masculino.

Estudos [95] apontaram que as mulheres, possivelmente, devido às formas de socialização e de construção da identidade masculina, apresentam condutas menos agressivas que os homens. Esta é uma hipótese para explicar porque a maioria dos agressores são do sexo masculino.

Quanto ao número de casos de violência contra idosos notificados segundo sexo da vítima e do agressor, os resultados apontam uma associação entre o sexo da vítima que sofreu violência e o sexo do agressor. Nesse sentido, as agressões realizadas por indivíduos do sexo masculino, atingiram as vítimas do sexo masculino (no presente estudo foram registrados 23 casos) e, similarmente, de acordo com os resultados do presente estudo, as agressões realizadas por agressores do sexo feminino atingiram as vítimas do mesmo sexo em 9 casos.

No presente estudo também se investigou sobre o consumo de álcool pelo agressor. Entretanto, esta variável não foi identificada em 25,0% dos registos analisados. Contudo, dos 76 casos notificados 21,1% relataram que os agressores estavam alcoolizados e os demais, 53,9% não se encontravam alcoolizados.

Pesquisas apontam que 40,4% das vítimas suspeitaram da ingestão de bebida alcoólica pelo agressor [7]. Num outro estudo realizado no Ceará, constatou-se que em 57% das denúncias os agressores eram dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, sendo que 96% dos casos usavam álcool [90].

5.3 Evolução Anual dos Registos do SINAN sobre a Violência Contra o Idoso

Avaliando os registos em estudo relacionados com o período temporal de 2009 a 2014, observa-se que as denúncias de violência contra a pessoa idosa aumentaram gradativamente ao longo dos anos, havendo um incremento acentuado a partir de 2011. Este incremento a partir de 2011 está coerente com o facto de ter sido nesse ano que foi aperfeiçoada a obrigatoriedade das notificações, através da Lei nº 12.461/11, que alterou o artigo 19 do Estatuto do Idoso, e que foi implementado o Módulo Idoso no serviço Disque 100 [9, 96]. Adicionalmente, foi também em 2011, por meio da Portaria MS/GM nº. 104/2011, que a violência foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional, ou seja, passou a ser um agravo de notificação universal em todos os serviços de saúde do Brasil [97].

Após a promulgação do Estatuto do Idoso, foi questionado se o eventual aumento dos dados estatísticos sobre violência representaria o efetivo crescimento da violência contra idosos ou uma melhoria no processo de notificação. O presente estudo também não traz respostas a essa indagação, porém constata um incremento significativo das denúncias após a otimização dos mecanismos de notificação [96].

Os dados encontrados nesta pesquisa corroboram que as diversas iniciativas dos profissionais e gestores de serviços, com foco nos registos das vítimas de violência não só para o município de Sobral, mas para toda microrregião, como o Disque Idoso em Sobral (Ceará) [98], têm contribuído para aumentar os canais de comunicação entre a população e os serviços de saúde, nomeadamente em situações que envolvem violência contra idosos.

Nesse contexto, no ano de 2012, a Secretaria de Direitos Humanos reafirmou o seu compromisso de trabalhar assiduamente, para que se reconheça a legislação dos direitos da pessoa idosa, estabelecendo mecanismos a fim de efetivar as normativas nacionais e

internacionais. Para tanto coordena a elaboração do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa que, ao propor uma estratégia integral, materializa o esforço coletivo de implementação das políticas públicas desenvolvidas nos últimos anos. O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa tem como finalidade estabelecer objetivos nacionais, estratégias e prioridades que servirão de base para os programas setoriais e regionais, respondendo às demandas e necessidades de uma sociedade cada vez mais preocupada com o respeito e promoção dos direitos fundamentais da pessoa idosa [82].

5.4 Bairros com Maior Número de Casos Notificados de Violência Contra os Idosos

Perante os resultados obtidos nesta pesquisa foi possível identificar os bairros com maior número de notificações de violência contra idosos registrados na 11ª Coordenação Regional de Saúde (CreS). Os cinco bairros com maior número de casos são todos do município de Sobral - Ceará com uma repercussão na zona urbana: bairro Centro com 15,9% dos casos, bairro Sinhá Sabóia 8,2%, bairro Junco 6,5%, bairro Terrenos Novos com 5,9%, Sumaré 5,5% e Expectativa 5,4%.

Os resultados obtidos corroboram um estudo realizado com as notificações de violência contra idosos realizados pela CreS e/ou pelo setor saúde de Sobral - Ceará, em 2011 e 2012. Catalogaram-se 311 notificações, que foram submetidas à análise descritiva e ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), para realizar a estatística bivariada e multivariada. O CreS foi responsável por 98,1% de todas as notificações. 52,1% das denúncias foram realizadas pessoalmente, principalmente por familiares da vítima e em 49,8%, não foi solicitado anonimato. A situação de violência foi confirmada em 69,1% (215) das denúncias. Desses casos confirmados, 87,4% aconteceram na zona urbana de Sobral, com destaque para os bairros Centro e Sinhá Sabóia [99].

A Área Descentralizada de Saúde do bairro Sinhá Sabóia, situada na zona urbana de Sobral, com uma população de 16.938 habitantes distribuídos em 3.764 famílias, teve a implantação do Programa Saúde da Família em abril de 1998, com 3 equipes formadas por 3 médicos, 4 enfermeiras e 21 agentes de saúde. Apresenta como unidade de saúde de referência a Unidade Mista Drº Thomaz Corrêa Aragão. O principal problema identificado pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), bem como pela direção da referida unidade, foi a demanda desorganizada submetida a uma forma desumana de acesso ao serviço de saúde, caracterizada pelas filas de madrugada e pelo atendimento tendo como critério a ordem de chegada. Esta realidade dificultava profundamente a organização da demanda, a prática da adscrição de usuários às equipes do PSF e, conseqüentemente, a sua

resolubilidade. A partir da análise de outras experiências de acolhimento em saúde, foi estruturado um projeto adequado à realidade deste serviço. Esta experiência, em curso desde abril de 1999, passou por uma avaliação, através da pesquisa de opinião junto aos usuários, cujos resultados demonstram que o acolhimento, modificou positivamente, a forma de aceder o serviço para 89,7% das pessoas entrevistadas [100].

Perante isto, entendemos que os resultados parecem apontar que o bairro com maior número de notificações se caracteriza por dispor de um maior suporte de apoio a saúde da população, diferenciado-se de outros bairros da cidade de Sobral ao facilitar o acesso a serviços adequados por parte do idoso que sofre violência e que a quer denunciar.

CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa subjacente à presente dissertação foi realizada com uma amostra restrita identificada através dos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da 11ª Coordenação Regional de Saúde (CreS) da microrregião de saúde de Sobral - Ceará. Assim, a principal limitação desta pesquisa está relacionada com o reduzido número de registros no SINAN da região estudada, o que impede uma análise mais criteriosa dos casos. Outra limitação consiste no fato do nível de preenchimento de algumas variáveis do instrumento de notificação ser incompleto, o que impossibilita uma investigação precisa dos fatos.

Consequentemente, para pesquisas futuras, seria interessante um estudo com uma amostra maior para ser possível relacionar os indicadores de violência contra o idoso na região Norte do Ceará. Tal é um assunto importante para o planejamento e implementação de estratégias que garantem uma maior segurança, qualidade de vida e dignidade a pessoa idosa.

Apesar destas limitações, os resultados apresentados na presente dissertação apontam que, no universo considerado, a vítima de violência é principalmente o homem idoso, viúvo, na faixa etária de 60 a 69 anos, e que o agressor não foi registrado em considerável parte dos casos.

Adicionalmente, também se verificou um acréscimo de registros no período de 2009 a 2014. Desta forma, os números de denúncia de violência contra os idosos estão aumentando, o que nos permite reconhecer alguns avanços obtidos com o investimento em políticas públicas no Brasil para a população idosa nos últimos anos. No entanto, a temática da violência contra o idoso ainda não alcançou a sua devida visibilidade social, significando que cada vez mais deve existir a investigação, a denúncia e a identificação do culpado, assim como a inteira proteção da vítima através dos serviços públicos, da sociedade, da família e dos profissionais de saúde.

Assim, o presente estudo revela diversas vertentes de violência contra o idoso que são corroboradas pela literatura. Adicionalmente, deperta-nos para a necessidade de cumprimento da legislação e para a vulnerabilidade do idoso. Preconiza ainda a consciencialização e educação da sociedade sobre o processo de envelhecimento, que estimule a atuação do próprio idoso, para que seja o protagonista na defesa dos seus direitos. Enfim, é necessário fomentar estudos, pesquisas e campanhas informativas sobre o tema, como forma de abolição dos mitos e preconceitos sobre a velhice, os quais podem levar ao abuso e à violência contra os idosos.

Os resultados encontrados e as limitações enfrentadas demonstram a importância da notificação para a garantia dos direitos da pessoa idosa e para a legitimação de um lugar apropriado e com intervenção direta de equipas multiprofissionais. Consequentemente, é necessário otimizar o fluxo de notificação, o acolhimento e o acompanhamento desses casos e, ainda, promover que os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) assumam um papel fundamental na identificação de casos.

Em termos de notificação, também foi identificada uma elevada percentagem de campos sem informação, em que muitas fichas estavam sem registo. Nesse sentido, um aspeto importante do dispositivo de notificação está relacionado com a necessidade de registo dos dados coletados nas fichas, pois estas informações devem subsidiar o poder público e das esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para a definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção da saúde, articulando as diversas redes de cuidados. Dessa forma, é fundamental que os profissionais realizem o adequado preenchimento de todos os dados que compõem as fichas de investigação [101].

Nesse contexto, os profissionais de saúde têm papel relevante no enfrentamento da violência, na prevenção, identificação precoce e/ou no cuidado ao idoso vitimado. Cabe destacar que os enfermeiros da Atenção Primária e, especificamente, os da Estratégia da Saúde da Família estão inseridos num modelo de atenção à saúde que privilegia as atividades supracitadas [90].

Destacamos ainda que para melhorar as notificações é necessário a integração entre os serviços, e uma maior capacitação dos profissionais. Recomenda-se, pois, a criação de um protocolo de atendimento ao idoso que inclua o rastreamento de situações de violência, para ser seguido pelos profissionais de saúde, e a criação de redes de apoio para atendimento aos idosos vitimados, além da ampla divulgação de recursos existentes na comunidade para encaminhamento dos casos.

Vale lembrar que o Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa é recomendado pelo Ministério da Saúde para o rastreamento da violência contra a pessoa idosa. Ressalta-se que os dados subjacentes a esta pesquisa resultaram da aplicação desse instrumento.

Os instrumentos quantitativos validados de rastreamento de violência contra a pessoa idosa são ferramentas que podem rapidamente identificar um caso de risco ou de violência propriamente instalada, auxiliando profissionais das mais diversas áreas (por exemplo, jurídica, social ou de saúde) em seus julgamentos, e favorecendo a identificação precoce do problema, e a consequente maior resolutividade [102].

Há consenso de que instrumentos apropriados de rastreamento de violência contra a pessoa idosa são cruciais para o progresso da prática e da pesquisa dentro do tema. A identificação sistemática da violência contra a pessoa idosa feita por todos os profissionais que lhes prestam serviço, através de um instrumento específico e eficaz, pode facilitar o reconhecimento da violência ou do risco de sofrê-la, ajudando a desvendar um número maior de vítimas [103,104]. Está claro que mesmo esse rastreamento não identificaria a totalidade dos casos, porém cada caso identificado, que de outra forma estaria oculto, é importante [105].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) [106], reconhece a notificação como uma ferramenta de intervenção contra a violência. Logo, a redução da subnotificação bem como a otimização dos instrumentos de rastreio e a melhoria da qualidade dos registros são essenciais para o conhecimento da magnitude das situações de violência vivenciadas pelos idosos, a implementação de medidas preventivas e de apoio às vítimas e a aplicação de modelos mais resolutivos [107,108].

Este estudo foi considerado pela investigadora como uma oportunidade para conhecer melhor as características deste tipo de população e como uma excelente oportunidade de aprendizagem e de contribuição para futuros estudos na área da prevenção e da investigação de possíveis casos de idosos vítima de violência na região do estado do Ceará, visto que, esta temática traz consigo um prisma velado que se estende desde o universo do indivíduo, às subnotificações e às abordagens corretas para lidar com os idosos vitimados.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AAV, Trigueiro DRSG, Fernandes MGM et al. **Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura**. Rev. bras. enferm. Brasília. v. 66, n. 1, Feb. 2013, pp 128-33 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
2. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima, GK. **Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica**. Revista Kairós Gerontologia, 16(3), pp.161-178. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18552/13738>.
3. Benedito JC. Trabalhadores Velhos: **Uma Expressão Da Questão Social no Século XX**, 2009. (Dissertação) Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas.
4. Castro AP, Guilam MCR, Sousa ESS, Marcondes WB. **Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 5, maio, 2013, pp. 1283-1292. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63026340029>.
5. Brasil. **Lei 8842 de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso**, 2009. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1994/lei-8842-4-janeiro-1994-372578norma_atualizada-pl.html.
6. Minayo MCS. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):783-791, mai-jun, 2003 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
7. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. **Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil**, 2010. Ciênc. saúde coletiva. 2012 Sep; 17(9): 2331-2341. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
8. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011>.

9. Brasil. Lei nº. 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jul.
10. Gonçalves HS, Ferreira AL. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública. 2002 Feb; 18(1): 315-319.
11. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>.
12. Kaliyaperumal K. **Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study.** AECS Illumination 2004; 4(1): 7-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000095&pid=S0034-7167200800010000200111&lng=pt.
13. Cabral RWL, Santos SR, Barbosa KDN, Albuquerque AV, Medeiros AL. **Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática.** Rev enferm UFPE. Recife, 7(5):1434-42, maio, 2013.
14. Sobral. **Plano Municipal de Saúde (1997-2000).** In SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas. ano II. v. 1, n. 1, jan/fev/mar, 2006. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/151>.
15. Brasil. **Portal da transparência Controladoria Geral da União.** Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.gov.br/convenios/convenioslista.asp?uf=ce&estado=ceara&codmunicipio=1559&municipio=sobral&codorgao=&orgao=undefined&tipoconsulta=0&periodo=&Pagina=3>.
16. Cabral RWL, Santos SR, Barbosa KDN, Albuquerque AV, Medeiros AL. **Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática.** Rev enferm UFPE. Recife, maio, 2013; 7(5):1434-42.
17. Ramos LR. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso,** São Paulo. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2003 June; 19(3): 793-797.
18. Somavila RF, Pessoa JCS. **Percepção dos Idosos quanto a acessibilidade nas paradas de ônibus na cidade de João Pessoa,** 2013. In 4º Congresso Internacional de Envelhecimento. Campina Grande-PB. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/anais.php>.

19. Kanso S. **Processo de envelhecimento populacional: panorama mundial**. In: workshop de análise ergonômica do trabalho, 6.; Encontro mineiro de estudos em ergonomia, 3.; simpósio do programa tutorial em economia doméstica, 8., 2013, Viçosa. Anais. Viçosa: Ed. UFV, 2013. Disponível em: <http://www.ded.ufv.br/workshop/docs/anais/2013/Solange%20Kanso.pdf>
20. Néri AL. **Atitudes e crenças sobre a velhice: Análise de conteúdo de textos do Jornal O Estado de São Paulo publicados em 1995 e 2002**. In As múltiplas decas da velhice no Brasil, simson, O.R.M. Néri, AL e Cachioni, M., Campinas, SP. Editora Alínea, 2003, Coleção Velhice e Sociedade.
21. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>.
22. Moragas R. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 2010.
23. Papaléo Netto M (org). **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2009.
24. Matos GPB. **Na ciranda da vida: um estudo sobre o papel das relações intergeracionais no processo de (re)integração social dos velhos na contemporaneidade**. Fortaleza: UECE, 2010.
25. Sales R, Barbosa E, Oliveira J. **Texto para discussão Nº 80 Perfil do idoso no Ceará 1998 a 2008**. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/textos_discussao/TD_80.pdf.
26. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro H A. **Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção**. Physis [Internet]. 2013 Dec; 23(4): 1189-1213.
27. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiari, EAN, Amendola F. **Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica**. Acta paul. enferm. 2012; 25(4): 497-503.
28. Bezerra NMC, Moreira TMM, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MI. **Consulta de enfermagem ao diabético no programa saúde da família: percepção do enfermeiro e do usuário**. Rev. RENE. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 86-95, jan./mar.2011. Disponível em: http://www.uniara.com.br/legado/revistauniara/pdf/32/artigo_08.pdf.

29. Peixoto C. **Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade.** In: Barros ML. Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: FGV, 2011.
30. Beauvoir S. **A velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.
31. Mascaro SA. **O que é velhice?** São Paulo: Brasiliense (Coleção Primeiros Passos), 2009.
32. Carvalho ET, Décourt LV. **A Clínica do indivíduo idoso.** Rio de Janeiro: Koogan, 2011.
33. Souza AS, Andrade CC, Reis Junior AP, Meira EC, Menezes MR, Gonçalves LHT. **Atendimento ao idoso hospitalizado: percepções de Profissionais de saúde.** Cienc Cuid Saude 2013 Abr/Jun; 12 (2): 274-281. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18999/pdf>.
34. Brêtas ACP, Marcolan JF, Rosa AS, Fernandes FSL, Raizer MV. **Quem mandou ficar velho e morar na rua?** Rev Esc Enferm USP 2010; 44(2):476-81. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40564/43698>.
35. Fazzio DMG. **Envelhecimento e qualidade de vida – uma abordagem nutricional e alimentar.** Revisa. 2012; 1(1): 76-88 – Jan/Jun 2012 ISSN: 2179-0981/2012. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/15/12>.
36. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV,. **Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados** (Recife/PE). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Aug; 17(8): 2199-2208.
37. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.imprensaoficial.com.br/PortalIO/download/pdf/Constituicoes_declaracao.pdf.
38. Faleiros VP. **Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos.** (Org.) Neri AL. Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Perseu Abramo, 2011.
39. Rodrigues NC. **Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica.** Estudos Interdiscipl. Rev. Envelhecer. v.4. n. 3:149-58, 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/4676/2593>.
40. Brasil. **Portaria nº 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999.** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>.
41. Andrade LOM. **Estratégia Saúde da Família em Sobral: Oito anos Construindo um modelo de Atenção Integral à Saúde.** Revista SANARE, Revista de Políticas Públicas. Ano V.

n.1 (2009) p 9-20. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/118/110>.

42. Martins JJ, Schier J, Erdmann AL, Albuquerque GL. **Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [periódico na Internet]. 2007; 10(3): 371-382. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt.

43. Santos G, Sousa L. **Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento.** Revista Kairós Gerontologia, 16(2), 2013, março, pp.07-25. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17625/13126>.

44. Forlenza OV, Almeida OP. **Depressão e Demência no Idoso.** 2ª edição. São Paulo: Lemos Editorial, 2009.

45. Brasil. **Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso.** Regulamentado pelo decreto nº 5.130 de 7 de julho de 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.

46. Florêncio MVL, Oliveira Filha M, Sá LD. **A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 9, n. 3, p. 847-857, 2007. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a23.pdf.

47. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude>.

48. Faleiros VP. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores.** Brasília: Universal, 2007.

49. Minayo MCS. **A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde.** Cadernos de Saúde Pública v. 20, n. 3, maio/junho. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2004.

50. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Disponível em: <http://www.camara.gov.br/legin/marg/portar/2001/portaria-737-16-maio-2001-327315-norma-ms.html>.

51. Bruno LMSM. **Considerações sobre o abuso financeiro de pessoas idosas e a dinâmica das relações familiares.** Textos Envelhecimento [periódico na Internet]. 2005; 8(2): 224-237.
52. Gontijo DT, Alves HC, Paiva MHP, Guerra RMR, Kappel VB. **Violência e saúde: uma análise da produção científica publicada em periódicos nacionais entre 2003 e 2007.** Physis [Internet]. 2010; 20(3): 1017-1054. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300017>.
53. LAI DW L. **Abuse and Neglect Experienced by Aging Chinese in Canada,** Journal of Elder Abuse & Neglect, London, v. 23, n. 4, p. 326-347, Oct. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21978291>.
54. Florêncio MVL. **Violência contra o idoso e risco de adoecimento mental em João Pessoa** [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba, Programa de PósGraduação em Enfermagem; 2007. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/ppge/index.php/dissertacoes/8-dissertacoes-2007>.
55. Espindola CR, Blay SL. **Prevalência de Maus Tratos na Terceira Idade: Revisão Sistemática.** Revista de Saúde Pública. 2007; v. 41 n.2, p.301 – 306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.
56. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T et al. **Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study.** PLoS One. 2012; 7(3):e33857. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0033857>.
57. DeLiema M, Gassoumis ZD, Homeier DC, Wilber KH. **Determining prevalence and correlates of elder abuse using promotores: low-income immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect.** J Am Geriatr Soc. 2012 Jul; 60(7): 1333-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22697790>.
58. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick DG. **Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistrat-ment Study.** Am J Public Health [Internet]. 2010 Feb; 100(2): 292-7. Disponível em: Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804623/pdf/292.pdf>.

59. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-0977- X. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf.
60. Fonseca MM, Gonçalves HS. **Violência contra o idoso: suportes legais para intervenção**. Violência contra o idoso Interação em Psicologia, jul./dez. 2003, (7)2, p. 121.
61. Gaioli CCLO. **Ocorrências de maus-tratos em idosos no domicílio** [dissertação Escola de Enfermagem] Ribeirão Preto; 2004.
62. Oliveira JR. **Promotorias recebem mais de 500 denúncias de maus tratos contra idosos**. Jornal do Ministério público da Paraíba, João pessoa, n.3, p.04, maio 2010.
63. Aguiar MPC, Leite HA, Dias IM, Mattos MCT, Lima WR. **Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil**. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015 June; 19(2): 343-349.
64. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV. **Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE)**. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Aug; 17(8): 2199-2208.
65. Melo VL, Cunha JOC, Falbo Neto GH. **Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (Supl 1): 543-548, maio, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30503>.
66. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar**. Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.
67. Brasil. Secretaria de Justiça dos Direitos Humanos do Rio Grande do Sul. **Registos de maus-tratos do Disque 100**. Disponível em: <http://www.sjdh.rs.gov.br/index.php>.
68. Santos ER, Souza ER, Ribeiro AP, Souza AMM, Lima RTS. **Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil)**. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Sep; 15(6): 2741-2752.
69. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica**. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2007

June; 41(3): 472-477. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en.

70. Shimbo AY, Labronici LM, Mantovani MF. **Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família**. Esc. Anna Nery [Internet]. 2011 Sep; 15(3): 506-510.

71. Minayo MCS. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

72. Fuster EG. **Las víctimas invisibles de la violencia familiar**. El extraño iceberg de la violencia doméstica. Buenos Aires: Paidós; 2002.

73. Halphen JM, Varas GM, Sadowsky JM. **Recognizing and reporting elder abuse and neglect**. Geriatrics 2009; 64:13-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19586086>.

74. Schraiber LL, D'Oliveira AF, França-Jr I, Pinho AA. **Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde**. Rev Saúde Pública. 2002 ago.; 36 (3): 470-7.

75. Deslandes SF, Souza ER, Minayo MCS, Costa CRBSF, Krempel M, Cavalcanti ML, et al. **Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals**. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 jun.; 11 (2): 385-96.

76. **Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica**; 19. Brasília - DF 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

77. Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

78. Rodrigues WC. **Metodologia Científica**. FAETEC/IST. Paracambi. 2007. p. 2-20. Disponível em: http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_cientifica.pdf.

79. Marconi MA, Lakatos EM. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise, interpretação de dados**. 7. ed. 3. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.

80. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censos de 2010, 2011 e 2012** [dados na Internet]. IBGE; 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.

81. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Revoga a Portaria nº 2.472/GM/MS de 31 de agosto de 2010**, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 168, Seção 1, págs. 50 e 51, de 1º de setembro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.

82. Presidência da República. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. (s/d) Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>.
83. Gaioli, CCLO, Rodrigues RAP. **Occurrence of domestic elder abuse**, Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2008, 16(3), 465-70.
84. Silva L, Bouso RS, Galera SAF. **Convivendo com um idoso dependente sob a perspectiva da família: um estudo qualitativo**. Online braz. j. nurs. [periódico na Internet]. 2010; 9(1) Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/issue/view/22>.
85. Abath MB, Leal MCC, Melo Filho DA. **Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa**. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2012, vol.15, n.2, pp. 305-314.
86. Jesus JCL. **A violência contra os idosos em Aracaju: um reflexo das modificações sociais da imagem de "velhos" em sociedades modernas** [dissertação]. Aracaju (SE): Pós-graduação em Sociologia, Núcleo de pós-graduação e pesquisa em Ciências Sociais, Universidade Federal de Sergipe; 2010.
87. Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. **Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio**. Rev Latino-Am Enfermagem [on line]. 2008 dez.;16(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_21.pdf.
88. Presidência da República. **Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa**. (s/d) Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/publicacoes/violencia-contra-a-pessoa-idosa>.
89. Souza JAV, Freitas MC, Queiroz TA. **Violência contra os idosos: análise documental**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007; 60(3), 268-272. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300004>.
90. Paiva MM, Tavares DMS. **Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors**. Rev Bras Enferm. 2015; 68(6):727-33.
91. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da Saúde no Brasil: Acesso e Utilização de Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
92. Pinheiro JS et al. **Perfil dos idosos que sofreram violência atendidos em uma instituição de salvador no ano de 2008**. Rev. baiana saúde pública. abr-jun, 2011; v. 35, n.2, p.264-276. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2441.pdf>.

93. Garcia S et al. **Violência intrafamiliar contra idosos: perfil do indiciado e agredido.** ACM arq. catarin. Med. out-dez, 2009; v.38, n.4, p: 25-30. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/766.pdf>.
94. Nogueira CF, Freitas MC, Almeida PC. **Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental.** Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2011; vol.14, n.3, pp. 543-554. ISSN 1809-9823.
95. Souza ER. **Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(1): 59-70.
96. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT. **O mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal / Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. – Brasília - 2013.** 36 p. 1ª edição.
97. Brasil. **Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em Saúde Pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União 2011; 26 jan.
98. Freitas CASL, Teófilo TJS. **Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersectorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil).** Cien Saude Colet 2010; 15(6):2825-2833.
99. IdeiaSUS – Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente. **Perfil dos Idosos Vítimas de Violência no Município de Sobral – Ceará.** (s/d). Disponível em: www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/atencao-a-saude/1286-perfil-dos-idosos-vitimas-de-violencia-no-municipio-de-sobral-ceara.
100. Andrade AP. **Violência contra idosos: uma análise de casos e notificações do município de Sobral-Ceará.** 2013. 144f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2013. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/10523>.
101. Veloso, MMX et al. **Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p: 1263-1272, maio, 2013.
102. Florêncio, MVL. **Rastreamento de Violência Contra Pessoas Idosas Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB.** Porto Alegre; 2014.

103. Paixão Jr CM, Reichenheim ME. **Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso.** Cad. Saúde Pública. 2006 June; 22(6):1137-1149.
104. Stark SW. **Blind, deaf, and dumb: why elder abuse goes unidentified.** Nurs Clin North Am. 2011 Dec;46(4):431-6.
105. Cohen M. **The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults.** ArchGerontolGeriatr. 2013 Nov-Dec; 57(3):243-9.
106. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization; 2002.
107. Santos ER, Souza ER, Ribeiro AP, Souza AMM, Lima RTS. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). Cien Saude Colet 2010; 15(6): 2741-2752.
108. Veras R. **Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea.** Cien Saude Colet 2010; 15(6): 2671-2673.

ANEXOS

Termo de Anuência de Pesquisa

TERMO DE ANUENCIA DE PESQUISA

Sobral, 15 de junho de 2015.

Prezada Senhora,

Dra. Maria Lucila Magalhaes Rodrigues

Coordenadora da 11ª Regional de Saúde (CRES) - Sobral- CE

Vimos através deste, solicitar permissão para realização de pesquisa intitulada: **Violência contra a pessoa idosa: análise dos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos municípios da macrorregião de Sobral - Ceará**, cujos objetivos são: **Geral:** Caracterizar a violência contra o idoso nos municípios da macrorregião de Sobral -Ceara, notificada no SINAN no período de janeiro/2008 a dezembro/2014. **Específicos:** - Identificar o perfil sociodemográfico dos idosos vítimas de violência; Descrever os tipos de violência mais prevalentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Analisar a incidência e prevalência dos casos; Investigar quais os municípios de maior notificação de violência contra o idoso; Identificar a procedência da violência via SINAN.

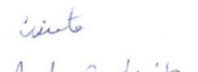
Salientamos que todas as recomendações da resolução 466/12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisas envolvendo seres humanos serão obedecidas e este projeto de pesquisa submetido a apreciação para anuência do Comitê de Ética em Pesquisa.

Agradecemos o apoio e renovamos protesto de estima e apreço.

Atenciosamente,



Lourdes Claudênia Aguiar Vasconcelos
Pesquisadora



M^{te} Lucila Magalhães Rodrigues
Coordenadora
11ª CRES - Sobral



Prof.ª Dra. Janaína Gomes Dias de Oliveira
Orientadora

Termo de Fiel Depositário

APENDICE B - TERMO DE FIEL DEPOSITARIO

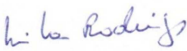
Eu, Maria Lucia Magalhães Rodrigues, atuando no
Cargo Coordenadora Regional de Saúde,
fiel depositário das fichas e da base de dados desta instituição 11ª CRES/SESA

de Sobral, declaro que Lourdes Claudenia Aguiar Vasconcelos esta autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: ANÁLISE DOS REGISTROS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO NOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO DE SOBRAL – CEARÁ, sob a responsabilidade da pesquisadora Lourdes Claudenia Aguiar Vasconcelos e orientação da Professora Dra. Janaisa Gomes Dias de Oliveira, cujo objetivo geral e Caracterizar a violência contra o idoso nos municípios da macrorregião de Sobral – Ceara, notificada no SINAN no período de janeiro/2008 a dezembro/2014 e Objetivos Específicos: Identificar o perfil sócio demográfico dos idosos vítimas de violência; Descrever os tipos de violência mais prevalentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Analisar a incidência e prevalência dos casos; Investigar quais os municípios de maior notificação de violência contra o idoso; Identificar a procedência da violência via SINAN.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para os serviços e comunidade onde o mesmo foi realizado.

Sobral, 18 de junho de 2015.


M^{te} Lucia Magalhães Rodrigues
Coordenadora
11ª CRES - Sobral

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	
	Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência		8 Nome do paciente	
Notificação Individual	9 Data de nascimento		10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe		17 UF		18 Município de Residência	
Dados de Residência	19 Distrito		20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares						
Dados da Pessoa Atendida	31 Nome Social		32 Ocupação		33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	34 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		35 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transsexual		36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
	37 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? Física Visual Transtorno mental Mental Auditiva Transtorno de comportamento		38 UF		39 Município de ocorrência	
Dados da Ocorrência	40 Distrito		41 Bairro		42 Logradouro (rua, avenida,...)	
	43 Número		44 Complemento (apto., casa, ...)		45 Geo campo 3	
	46 Geo campo 4		47 Ponto de Referência		48 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		50 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		51 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		52 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 28.03.2014

Violência	53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	54 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	55 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro		
	56 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da agressão	57 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	58 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 59 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outra pessoa <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		
Evolução e encaminhamento	60 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 61 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	62 Ciclo de vida do provável autor da agressão: <input type="checkbox"/> 1-Criança 3-Jovem 5-Pessoa idosa 2-Adolescente 4-Pessoa adulta 9-Ignorado		
Informações complementares e observações	63 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	64 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
Notificador	66 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
	67 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS Disque-Saúde 0800 61 1997 Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100			
Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____			
Nome _____ Função _____ Assinatura _____			
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências _____ Sinan _____ SVS 28.03.2014			

Instrumento de Coleta de Dados - Formulário

**VIOÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: ANÁLISE DOS REGISTOS DO SINAN NOS
MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO DE SOBRAL - CEARÁ**

Variáveis extraídas do Sistema de Notificação:

1.Caracterização da Violência:

- Tipo de violência
- Motivação da violência
- Numero de envolvidos
- Local da ocorrência
- Município da ocorrência
- Meio de agressão
- Data

2.Caracterização da Vitima:

- Idade
- Sexo
- Procedência
- Ocupação
- Estado Civil
- Escolaridade
- Cor

3.Caracterização do Agressor:

- Vinculo com a Vitima
- Utilização de Álcool
- Sexo

Data da Coleta: Sobral, _____,de_____de 2015.